Kursbuch 28

Das Elend mit der Psyche
I Psychiatrie

Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie
Der »Wahn« und der »Fall« · Schizophrenie
Totale Institution und Klassencharakter der Psychiatrie
Der Reformismus
Therapie als gesellschaftliche Praxis
Patientenselbstorganisation (SPK) und Staatsapparat
Autobiographie eines Entkommenen
Insassen: Der Patient als Objekt

Kursbogen: Ein Rückblick auf den Fortschritt

Kursbuch Verlag/Wagenbach 7 Mark

24 958

Kursbuch
Herausgegeben von Hans Magnus Enzensberger und Karl Markus Michel

Kursbuch 28 Juli 1972

Das Elend mit der Psyche
I Psychiatrie

Renate Wolff / Klaus Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie 1
Der »Wahn« und der »Fall« 2
Psychiatrisches Elend in der BRD in Zahlen 7
Psychiatrie und Staatsapparat 10
Schizophrenie 18
Totale Institution und Klassencharakter der Psychiatrie 44
Der Reformismus 59
Therapie als gesellschaftliche Praxis 69
Anhang: Psychiatrie in der UdSSR und der VR China 91
Dossier: Patientenselbstorganisation und Staatsapparat
Jürgen Roth, Psychiatrie und Praxis des sozialistischen Patientenkollektivs 107
IZRU, Zum Problem Widerstände, die sich der praktischen Kritik entgegenstellen, wenn die Widersprüche des Systems Krankheit/Kapitalismus/Knast durch die Patientenselbstorganisation entfaltet werden 121
Aus der Anklageschrift gegen das Sozialistische Patientenkollektiv 140
Autobiographie eines Entkommenen 150
Erving Goffman, Insassen 167

Kursbogen: Ein Rückblick auf den Fortschritt

Goethe-Institut e.V. Bibliothek ausgeschieden am ..... 05 Kur

Das Kursbuch erscheint in unregelmäßiger Folge, doch mit wenigstens vier Nummern im Jahr. Jedes Heft kostet im Jahresabonnement DM 5, im Einzelverkauf DM 7. Anschrift der Redaktion: Kursbuch Verlag/Wagenbach, 1 Berlin 31, Jenaer Straße 9, Telefon 2 13 16 06 ‹8 54 16 06›. Die Redaktion lädt zur Einsendung von Manuskripten ein, bittet jedoch darum, Rückporto beizufügen; sie erklärt, daß sie solche Sendungen in der Regel nicht kommentieren und keine Haftung für sie übernehmen kann. Verantwortlich für den Inhalt: Hans Magnus Enzensberger und Karl Markus Michel. Redaktion: Ingrid Karsunke. © 1972 Kursbuch Verlag, Berlin. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten. Druck: Georg Wagner, Nördlingen. Bindung: Hans Klotz, Augsburg.

Diesem Heft liegen Prospekte der Firmen Hanser Verlag, Kiepenheuer und Witsch, Mail Order Kaiser und des Wagenbach Verlages bei.

Renate Wolff / Klaus Hartung
Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie

Mit dieser Darstellung versuchen wir die politische Praxis der Psychiatrie aufzuzeigen, indem wir die Psychiatrie selbst reden lassen. Wir haben uns nicht auf die Suche nach besonders extremen Beispielen gemacht, sondern versuchen, die herrschende Lehre der deutschen Psychiatrie, wie sie von Schneider, Bleuler, Weitbrecht, Gruhle u. a. vertreten wird, und die ihr zugrunde liegende Ideologie transparent zu machen. Die Lehrbücher dieser ›großen Meister‹ ihres Faches gelten auch heute noch in vielen medizinischen und psychologischen Ausbildungsgängen als obligatorisch und erreichen innerhalb von drei Jahren 6 Neuauflagen wie z. B. die *Klinische Psychopathologie* von Schneider, die auch ins Englische, Französische, Italienische, Griechische, Spanische und Japanische übersetzt wurde.
Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der ›herrschenden Lehre‹ der deutschen Psychiatrie ist nicht nötig. Diese ›Wissenschaft‹ hat ebensowenig ein Recht, uns auf den Fortschritt ihrer Anstrengungen zu verweisen, wie auch die SS-Skelettforscher nie ein Recht hatten, ihre Forschungen zu Ende zu führen. Die Vernichtung des rebellisch Unbewußten im Namen des Staates ist nach wie vor der Inhalt der Psychiatrie. Insofern mußte das faschistische Euthanasieprogramm der Psychiatrie nicht erst aufgezwungen werden.
Die Brutalität der staatlichen Anstalten wird immer mehr zum öffentlichen Skandal. Wer hinter die Mauern der Anstalten blickt, ohne eine Perspektive zu haben, wird nur surrealistische Folterkammern erblicken. Wie gewinnt man aber eine Perspektive? Die stummen Objekte der Psychiatrie haben im Sprachgebrauch der Massen eine ganz andere Natur: in den unzähligen Irrenwitzen sind die Opfer der Psychiatrie durchaus keine Opfer. Die ›Wahnsinnigen‹ in dieser Art von Witzen zeichnen sich durch Schläue und Bewußtheit aus, die sie befähigt, den Nachstellungen und dem Terror der Anstalten zu entgehen. – Wir müssen begreifen, daß in allen Anstalten eine Front existiert. Die Patienten sind zwar rechtlos, haben aber damit noch nicht ihre Menschlichkeit verloren, d. h. sie kämpfen um ihr Glück. – Es gilt also die Kampfbedingungen zu beschreiben, denen sich die Patienten – seien sie nun in die Hände der orthodoxen oder der reformistischen Psychiatrie geraten – gegenüber sehen.

I Der »Wahn« und der »Fall«

I. 1. Die ›Grosse Hysterie‹

Wer geisteskrank ist, haben immer die anderen bestimmt. Charcot war einer der großen medizinischen Heerführer des 19. Jahrhunderts. Seine Visiten galten als gesellschaftliches Ereignis: ausgewählte Mitglieder der ›guten Gesellschaft‹ wurden eingeladen. Im großen Saal der Salpétrière waren zumeist hysterische Frauen zusammengefaßt, die, wenn die Visite begann, das Drama der ›großen Hysterie‹ aufführten. Sie bäumten sich auf, schrien, stöhnten oder verfielen in Starre. Charcot wurde später als Scharlatan bezeichnet: sein Symptombild der ›großen Hysterie‹ sei inszeniert. Einer seiner Schüler nimmt ihn in Schutz und weist darauf hin, daß es die Abteilungs- und Assistenzärzte gewesen seien, die ohne Wissen des Meisters die Patienten hypnotisch und direktiv für die große Visite präpariert hätten.

»1899, über sechs Jahre nach dem Tode von Charcot, sah ich als ein junger Internist an der Salpétrière die alten Patienten von ihm, die immer noch hospitalisiert waren. Viele der Frauen, die ausgezeichnete Komödiantinnen waren, imitierten, wenn man ihnen eine kleine Geldspende anbot, auf die perfekteste Weise die wichtigsten hysterischen Krisen von früher!« (Guillain, 1959, S. 174)

An den Geisteskranken wurde immer auch ›die Geisteskrankheit‹ inszeniert. Die Geisteskranken waren ein Exempel, an ihnen demonstrierte die Gesellschaft die Beherrschbarkeit des rebellisch Unbewußten. Man kann die Hypothese aufstellen, daß es immer historisch bestimmte Triebansprüche gewesen sind, die die Psychiatrie in Geisteskrankheiten ummünzte. Daher waren die Geisteskranken, sobald man sie unter Kontrolle wußte, nie vor schamloser Neugier sicher.

»So stand [um 1800] der Besuch des Irrenhauses auf dem selbstverständlichen Besichtigungsprogramm des reisenden Rationalisten. Das muß nachgerade zu einer Seuche ausgeartet sein, nach Reil zu schließen, der ›Besuche neugieriger Fremder‹ und die Gewohnheit der Wärter in den Heilanstalten, ›den Kranken auf ihre fixen Ideen zu helfen, um die Zuschauer zu belustigen‹, unzulässig findet. Beispiele liefert J. J. Engel in dem *Philosophen für die Welt*, dessen 30. Stück dem Irrenhaus gewidmet ist: Pfarrer-Vater und Sohn ›besahen, nach ihrer Ankunft, die Merkwürdigkeiten der Stadt, und noch den Tag vor der Rückreise des Vaters gingen sie in die öffentliche Anstalt für Wahnsinnige und Rasende‹!« (Promies, zit. aus Spieß, 1966, S. 327)

Das Interesse an der psychischen Krankheit ist ambivalent. Nicht nur, daß jeder sich fragen muß, ob ihm das nicht selbst ›passieren‹ kann, weil

es soundso viel Situationen gibt, an denen man ›verrückt‹ werden könnte, sondern weil in jeder psychischen Krankheit ein verführerisches Nein zur eigenen selbstzerstörerischen Realitätstüchtigkeit liegt.

»Genauer gesagt, ist die geistige Gesundheit, wie der gesunde Menschenverstand sie definiert, die Fähigkeit, das soziale Spiel, worin immer dies bestehen mag, zu spielen und es gut zu spielen. Wenn umgekehrt jemand nicht mitspielt oder schlecht spielt, dann heißt dies, daß er geisteskrank ist. Nun müssen wir aber fragen, welche Unterschiede, wenn überhaupt, zwischen sozialer Nonkonformität (oder Abweichung) und seelischer Krankheit bestehen. Ohne im Augenblick näher auf technische psychiatrische Erwägungen einzugehen, behaupte ich, daß der Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen – wie er sich z. B. in Redewendungen wie ›Er ist nicht ganz bei sich‹ oder ›Er ist geisteskrank‹ ausdrückt – sich nicht notwendig in beobachtbaren *Tatsachen*, auf welche sie sich beziehen, manifestiert, sondern lediglich auf unserer unterschiedlichen Einstellung dem Betreffenden gegenüber beruht. Wenn wir ihn *ernst* nehmen, ihm menschliche Rechte und menschliche Würde zugestehen und ihn für mehr oder minder gleichberechtigt halten, – dann sprechen wir von Meinungsverschiedenheiten, Abweichungen, Auseinandersetzungen, Verbrechen, vielleicht sogar von Verrat. Meinen wir jedoch, daß wir nicht mit ihm kommunizieren können und daß er irgendwie grundlegend verschieden von uns ist, dann sind wir geneigt, ihn nicht mehr als gleichberechtigt, sondern vielmehr als einen minderwertigen (selten als einen überlegenen) Menschen anzusprechen; und dann nennen wir ihn närrisch, geisteskrank, verrückt, psychotisch, unreif usw.« (Szasz, 1958, S. 509)

Was auch immer seine ›Krankheit‹ ist, eins muß der psychisch Kranke in jedem Fall sein: rechtlos. Hätte er Rechte, könnte er vielleicht im Recht sein.

I.2 Der Psychopath und Spartacus

»... viele Taten, die Psychopathen begehen, stellen so etwas wie den Inbegriff des Kriminellen im landläufigen Sinne dar, des Ungebärdigen, sich Auflehnenden, des provokatorisch Dreisten und Empörenden.« (Moser, 1971, S. 181)

Diese landläufige These gilt auch umgekehrt: der sich Auflehnende, der provokatorisch Dreiste, der Rebell, der Revolutionär *ist* Psychopath.
Der Psychiater analysiert die Revolution:

»Der psychopathische Einschlag der Revolution und der weiteren Klassenkämpfe ist so beträchtlich ...« (Hildebrandt, Forensische Begutachtung eines Spartakisten, 1920, S. 479)

Warum kommen Psychopathen zur Revolution?

»Durch den ruhigen Entwicklungsgang des Lebens gefoltert, neigen sie in ihrer Unrast dazu, den kürzesten Weg zu suchen. So – meine ich – kommen unsere Psychopathen zur Revolution.« (Kahn, Psychopathen als revolutionäre Führer, 1920, S. 104)

Nicht daß das reaktionäre Äußerungen sind, interessiert hier, sondern: was macht Revolutionäre zu ›unseren Psychopathen‹? – Die Niederlage der Revolution.

Wilde Erlasse

»Ethisch defekter Psychopath
4. Robert Iglauer, 23 Jahre, led., Matrose
... ein Jahr Zuchthaus hinter sich, wegen Marinemeuterei zum Tode verurteilt. Mitbegründer der kommunistischen Partei Münchens. Hatte schon vor dem Aprilumsturz eine geheime Rote Armee gebildet, plante gegen maßgebende Personen schärfstes Vorgehen. Während der Räterepublik Stadtkommandant, Oberbefehlshaber der Roten Armee. Wilde Erlasse. War einverstanden mit dem Vorschlag, daß für jeden Rotgardisten fünf Geiseln erschossen wurden. Brutal, herrschsüchtig, eitel, ungebildet, mäßige Intelligenz. Athletisches Äußeres. Bei Fluchtversuch erschossen. Antisozialer Psychopath.« (Kahn, 1920, S. 94)

Zerkaute Fingernägel

»Fanatische Psychopathen
9. Th. Gabler, 28 Jahre, verh., Schriftsetzer
Schwächliches Kind, guter Volksschüler, wurde Buchdrucker. Immer politisch und technisch interessiert. August 1914 bis Juli 1915 im Feld, leicht verwundet. 2 Monate Gefängnis wegen unerlaubter Entfernung. Schon immer leicht erregbar, seit dem Kriege hitziger. Gewerkschaftsfanatiker, vertritt schwärmerisch die Idee des freien Arbeiters, lenkt gern die Aufmerksamkeit auf sich. Zuverlässiger, tüchtiger Arbeiter. Veranstaltete Januar 1918 Arbeiterversammlung, forderte zum Streik auf. Verhaftet, protestiert, droht mit Selbstmord, Hungerstreik. Daraufhin in die Klinik: intelligent, erregbar, zuversichtliche Stimmung; kräftiges Selbstbewußtsein, doktrinär, hört sich gerne reden. Klein, schwächlich, zerkaute Fingernägel. Fanatischer Psychopath (Nicht § 51).« (Kahn, 1920, S. 96)

Der Wehrlose wird für seine Rebellion bestraft. Die Anklage lautet: Zerkaute Fingernägel. Der Wehrlose kann auch für sein Glück bestraft werden:

»Ein fünfjähriges Mädchen, die Tochter eines Missionararztes in Nordindien, hatte es erlebt, wie ihr Vater über einen Monat von zu Hause fortgewesen war, da er als ›Familienarzt‹ ein riesiges Gebiet zu betreuen hatte. Als er zurückkehrte, war das Mädchen so außer sich vor Freude und Aufgeregtheit über das Wiedersehen, daß sie ihn in einer Weise umarmte und küßte, die ihm wegen der darin enthaltenen sexuellen Untertöne und der ungezügelten Freude unerträglich war. Er hob seine Hand, um sie zu schlagen und zu beruhigen, doch da besann er sich eines anderen: Der Vater und die Mutter beschlossen, das Mädchen für eine Woche ins Bett zu stecken, damit sie wieder ›zu sich käme‹. Und sie kam wieder zu sich. Einundzwanzig Jahre später erlebte sie wieder eine solche ekstatische Stimmung, doch dieses Mal zusammen mit ihren Kindern. Einen ganzen Nachmittag lang vergnügte sie sich, erging sich in Wortspielen und fühlte sich unglaublich glücklich. Aber auch dieses Mal erhob sich die Hand – die Hand ihres Mannes –, und auch dieses Mal schlug sie nicht zu. Statt dessen kam sie für eine Woche in die lokale Nervenklinik. Man erwog eine Elektroschockbehandlung, aber sogar diese falsche Befriedigung durch Strafe blieb ihr versagt. Sie war nicht schlecht genug gewesen, sondern nur zu glücklich, so daß man sie lediglich mit Beruhigungsmitteln behandelte – man holte sie herunter, anstatt sie aus sich herauskommen zu lassen. Der Vater-Gatte und die Väter-Ärzte ordneten später noch fünfmal ihre Einweisung an, weil sie zu fröhlich und glücklich war.« (Cooper, 1972, S. 84)

Der psychisch Kranke wurde immer als eine Gefahr angesehen, er galt als besessen, wurde angekettet, in Burgverliese gesperrt, den grauenhaftesten Torturen unterworfen. Die Gesellschaft reagierte immer radikal auf den Wahnsinnigen, weil sie wohl immer wahrnahm, daß im Wahnsinn etwas Radikales steckte. Was diese Radikalität in Wahrheit aussagte, wird erst jetzt, und auch nur schattenhaft, der Wissenschaft bewußt. Daß sie etwas aussagt, ist an der Geschichte der Kultur selber abzulesen. Zu jeder Zeit ließ sich wohl die Frage stellen, die Laing stellt: wer für die Menschheit gefährlicher sei, der Psychotiker, der glaubt, die Bombe sei in ihm, oder der Bomberpilot.

I.3 Der Fall

Den Wahnsinn zu bekämpfen, indem man die Wahnsinnigen bekämpft, war seit jeher die Aufgabe der Psychiatrie. Ihre Geschichte ist eine Geschichte der Entdeckungen, in denen nichts entdeckt wurde, eine Geschichte der Therapie, die nicht heilte. Anders ausgedrückt: ihre Geschichte ist eine Geschichte der Methoden, wie die Gesellschaft den psychischen Widerspruch zu den herrschenden Lebensverhältnissen zum Verschwinden brachte, indem die Psychotiker zum Verschwinden gebracht wurden.
Aus dem Wahnsinnigen, d. h. aus der konkreten Individualität produzierte die Psychiatrie den Fall. Der Fall ist die Form, in der das selbständige Wesen nach seiner sozialen Vernichtung in die Gesellschaft zurückkehrt. Welche Rolle spielt er? Die Psychiatrie wie auch die Justiz sind nicht nur allgemeine Einrichtungen des Staatsapparates, sondern auch Agenturen der Sozialisation. Jedes Kind lernt, daß nur wenige Schritte, ein geringes Nachgeben dem Trieb gegenüber ins Gefängnis führen können. Und wenn sein Verhalten ganz und gar widersetzlich ist, dann droht, wenn auch noch in zeitlicher Ferne, die Anstalt.
Small berichtet von einer Patientin, die ihm von einem früheren Besuch eines anderen Psychiaters erzählt:

»Und dann hat er [der Psychiater] außerdem gesagt, ich brauchte wahrscheinlich zehn Schockbehandlungen, und wenn ich die nicht kriegen würde, so würde ich verrückt werden. Und dann hat er ein aufgeschlagenes Buch mitten auf den Tisch gelegt und gesagt, links ist geisteskrank, das könnte ich auch sein, und rechts ist normal, aber ich sei so ein Grenzfall und stünde genau dazwischen; die geringste Kleinigkeit könnte mich hierhin bringen oder dorthin, und wenn ich nicht sehr acht gäbe, dann könnte ich nach links abkippen. Darüber habe ich mich so aufgeregt, daß ich zu Hause . . .
Therapeut: Das kann ich mir vorstellen, daß sie sich darüber aufgeregt haben.
Patientin: Den ganzen Samstag habe ich nur geweint.« (Bellack/Small, 1972, S. 359 f.).

Konkrete Lehren erteilen die Fälle. Was lehren sie? Werde nicht wahnsinnig, d. h. werde nicht völlig ohnmächtig, verschaff' dir Anerkennung.
Aber auch in den Fällen wird unterschieden. Was die Psychiatrie zu Tage fördert, sind extreme Fälle, mit denen sich niemand mehr identifizieren kann.

»Ein 55 Jahre alter Patient, entlassener Fremdenlegionär, der sich seit über 10 Jahren in Westdeutschland als Landstreicher herumgetrieben hatte und mehrfach wegen Bettelns u. dgl. sistiert worden war, war zuletzt in einem Arbeitshaus dadurch auffällig geworden, daß er sich immer mehr von den anderen abzusondern begann. In der Nacht kam es zu abrupten Erregungszuständen, in welchen er andere Insassen angriff und mit Faustschlägen erheblich verletzte.
In der Klinik stellte er sich als ›Sonnengott‹ oder als ›Aloisi der Fruchtbare‹ vor und berichtete mit getragener Wichtigkeit, gestelzt und pseudo-tiefsinnig, über seine fundamentalen philosophischen Erkenntnisse, die er zum Wohle der Menschheit öffentlich bekanntmachen wolle. Unentwegt dozierte er Sätze wie die folgenden: ›Verlorengegangen heißt, verloren gewesen zu sein! Verloren gewesen zu sein, das heißt aber, verlorengegangen zu sein! Wer vergangen zu betrachten ist, hat seine Folgen zu ertragen! Im Verkehr mit unser selbst hat niemand seine Wahrnehmung zu halten!‹ Er gebrauchte auch Wortneubildungen, z. B. ›Im Fleischerhalt ist nichts zu erlangen und zu beachten, wie die Napoleonwürde es hervorgebracht hat.‹« (Weitbrecht, 1963, S. 348)

›Gestelzt‹ und ›pseudo-tiefsinnig‹: Hier spürt man die Endredaktion der Psychiatrie am ›extremen Fall‹. Und der extreme Fall ist die Rechtfertigung für die Produktion der normalen Fälle, die dann die Kliniken bevölkern.

»Die Fallgeschichte spielt hier eine wichtige Rolle. Sie ermöglicht es, systematisch ein Bild von der Vergangenheit des Patienten zu konstruieren, welches demonstriert, daß sein Verhalten von einem Krankheitsprozeß infiltriert wurde, bis dieses sein Verhalten, als System, völlig pathologisch wurde. Anscheinend normales Verhalten wird als bloße Maske oder Tarnung der sich dahinter verbergenden Krankheit gesehen. Die Pathologie wird mit einem allumfassenden Titel wie etwa Schizophrenie, psychopathische Persönlichkeit usw. belegt, und dies ermöglicht eine neue Sicht des ›eigentlichen‹ Charakters des Patienten. Unter Druck werden einige Angehörige des Personals zwar zugeben, daß diese Syndrombezeichnungen ungenau und zweifelhaft sind und nur den statistischen Bedürfnissen der Klinik Genüge tun. Doch in der Praxis ermöglichen es diese Kategorien, das Wesen des Patienten zu einer einzigen Einheit zusammenzufassen – einer Entität, die dann der psychiatrischen Bearbeitung unterzogen werden kann. All dies ermöglicht es, die Gebiete, auf denen der Patient ›normal‹ funktioniert, abzuwerten und zu vernachlässigen, mit Ausnahme der Fälle, wo der Patient bereit ist, die Behandlung zu akzeptieren.« (Goffman, 1961, S. 326).

II Psychiatrisches Elend in der BRD in Zahlen

In der BRD gibt es gegenwärtig:
ca. 600 000 Psychotiker allein des schizophrenen Formenkreises
ca. 1 000 000 Alkoholiker
ca. 7 000 000 behandlungsbedürftige Neurotiker
(*Soz. Psych. Inf.* Nr. 4, 1971, S. 3)

An jedem beliebigen Stichtag sind von 10 000 Bundesbürgern:
19 in einer psychiatrischen Anstalt (= 116 000); davon
50% auf richterlichen Beschluß (Zwangseinweisung)
12,5% von ihnen lebenslänglich hospitalisiert
(*Spiegel*, Nr. 31, Juli 1971)

Und weiter:
67 psychiatrische Landeskrankenhäuser haben rund 79 000 Betten
41 von ihnen umfassen mehr als 1 000 Betten
(WHO-Forderung: ein Limit von 400)
50 000 Betten verschiedener Kliniken freier Wohlfahrtsträger
(Bauer/Richartz, in: *Soz. Psych. Inf.* Nr. 4, 1971, S. 4)

Das bedeutet:
1 Bett für 543 potentielle Patienten (Schlüssel: 1,84:1 000)
1 Arztstelle für 63 Patienten, d. h. 4 Minuten Zeit pro Patient am Tag
1 Sozialarbeiter für 527 Betten und 715 Aufnahmen oder Entlassungen
1 Beschäftigungstherapeutin für 545 Patienten
(Degkwitz, in: *Soz. Psych. Inf.* Nr. 4, 1971, S. 14)

Das alles sind absolute Zahlen und besagt also im Grunde noch gar nichts. Das tatsächliche Ausmaß des ganzen Elends wird an einem Brief deutlich, den ein junger Arzt der Berliner Karl Bonhoeffer-Klinik während des noch andauernden Streits über den Verbleib des neuen, als progressiv bekannten Direktors Dr. Flegel schrieb. (Am 15. 11. 1971 wurde Flegel entlassen.)

Helmut Buck
Assistenzarzt
Karl Bonhoeffer-Nervenklinik

1 Berlin, d. 2. 9. 1971
Oranienburger Str. 285
Haus 10

An den
Senator für Gesundheit
und Umweltschutz
Herrn Prof. Wolters

Auf dem Dienstweg über den Ärztlichen und Verwaltungsdirektor

Sehr geehrter Herr Senator!
Im Zusammenhang mit der Aktion »Intensive Behandlung der Patienten« sind mir besonders krasse chronische Mißstände bewußt geworden, die eine sinnvolle Behandlung unmöglich machen.
Ich arbeite als Assistenzarzt auf der Station 10. Hier sind auf einer Fläche von 366 qm 80 Patienten untergebracht. International hält man auf psychiatrischen Abteilungen 12-16 qm pro Patient für erforderlich; auf unserer Station stehen 4½ qm für einen Patienten zur Verfügung.
Die Stationsausstattung ist kümmerlich: Wegen der räumlichen Enge können in mehreren Zimmern keine Nachttische aufgestellt werden. Vielfach stehen die Betten so eng, daß niemand sich dazwischen bewegen kann. Zeitweilig ist es so, daß auf dem Fußboden stehende Tragen von Patienten belegt werden müssen. Insgesamt stehen 8 Waschbecken für die 80 Patienten zur Verfügung, 1 Badezimmer mit 2 Wannen sowie 4 Toiletten. In den einzelnen Zimmern stehen durchschnittlich etwa 11 Betten, der größte Raum hat 15 Betten. Beispielsweise ist der Wachsaal für nur 6 Betten vorgesehen, tatsächlich befinden sich darin jedoch 10 Betten. Obwohl dem Haus, einer geschlossenen Abteilung, ein besonderer Garten zugeordnet ist, kann dieser seit über 2 Jahren von den Patienten nicht benützt werden, da Kanalisationsarbeiten nicht abgeschlossen wurden und der Garten eher einer Baustelle ähnelt. Für die Patienten steht nur 1 Aufenthaltsraum zur Verfügung, in dem außerdem Beschäftigungstherapie durchgeführt werden muß. Im übrigen halten sich die Patienten tagsüber auf den Fluren auf, die entsprechend mit Tischen und Stühlen vollgestellt sind.
Die 80 Patienten werden von mir zusammen mit 3 anderen Kollegen versorgt. Von den 30 Schwestern der Station haben 11 eine Vollausbildung, 9 eine einjährige und 10 gar keine Ausbildung. Mindestens 10 Patienten arbeiten ständig auf der Station und in der Küche mit, ohne deren Arbeit die Station kaum zu führen wäre. Sie bekommen dafür alle 14 Tage 2 oder 3 DM oder 1 Päckchen Zigaretten oder 1 Tafel Schokolade. Etwa 6 Patienten arbeiten im Garten für ein ähnliches Almosen. Ohne diese Einsätze würde der Wirtschaftsbetrieb der »Klinik« wahrscheinlich zusammenbrechen. Einen therapeutischen Wert kann man dieser unterbezahlten Arbeit kaum zuschreiben: sie steht manchmal sogar einer Rehabilitation der Patienten entgegen. Eine Beschäftigungstherapie für die Patienten, von einer Fachkraft angeleitet, kann zur Zeit nur 6 Stunden in der Woche stattfinden, weitere 6 Stunden verbringt diese Therapeutin mit den Patienten im Garten der Anstalt.
Das Taschengeld der Patienten, die vom Sozialamt unterstützt werden, beträgt maximal 40 DM im Monat. Es wird frühestens 8 Wochen – meist später nach der Aufnahme ausgezahlt.
In dem Aufnahmetrakt der Station sind die Patienten gezwungen, Anstaltskleider zu tragen. Diese sind meist schäbig, eintönig, geflickt und verwaschen. Viele Patienten empfinden dies als entwürdigend, die Kleidung erweckt bei ihnen Assoziationen an größte

Armut, Flüchtlings- oder Arbeitslager. Die Enge ist mitbedingt durch Renovierungsarbeiten auf anderen Häusern. Ein Haus umzubauen dauert in der Anstalt durchschnittlich 3 Jahre. Eine Renovierung unserer Station, die dringend erforderlich wäre, wird in absehbarer Zeit noch nicht erfolgen.

Nach wissenschaftlichen Maßstäben müßten bei Psychopharmaka-Behandlungen in regelmäßigen Abständen Blutbild-, Leber- und Nierenwerte kontrolliert werden. Ich kann diese Untersuchungen nicht in ausreichender Zahl durchführen, weil seit Jahren für ca. 2 500 Patienten nur 2 Laborantinnen zur Verfügung stehen, und der Jahresetat für Untersuchungen in Privatlabors war im Vorjahr bereits im Mai erschöpft. Ähnliches gilt für die Röntgendiagnostik. Es steht nur 1 Röntgenassistentin zur Verfügung, eine andere mußte ans Humboldt-Krankenhaus ausgeliehen werden. Von den Patienten unserer Station könnten etwa 25% in Pflegeheime oder Hospitäler verlegt werden, wenn es entsprechende Einrichtungen in ausreichender Zahl gäbe.

Der Pflegesatz für die Patienten in der hiesigen Anstalt ist niedriger als in jeder anderen Berliner Klinik (nur etwa 26 DM pro Tag). Das hat unter anderem zur Folge, daß das Essen qualitativ wie auch quantitativ unzureichend ist. Exakte Diäten können nicht ausgegeben werden.

Da die Behandlung der Patienten unter diesen Bedingungen sicher sehr viel schlechtere Ergebnisse hat, kann ich es nicht länger verantworten, diese Mißstände weiterhin schweigend hinzunehmen. Da sich die Öffentlichkeit im Augenblick erfreulicherweise besonders für die Zustände in Krankenhäusern zu interessieren beginnt, möchte ich um Genehmigung bitten, diesen Brief der Presse übergeben zu dürfen. Wenn ich innerhalb der nächsten Woche nichts Gegenteiliges von Ihnen höre, werde ich davon ausgehen, daß Sie meinen Antrag genehmigt haben.

Wegen der Schwere der Mißstände möchte ich Sie bitten, mir innerhalb von 14 Tagen schriftlich Aufklärung über die verwaltungsmäßigen Ursachen dieser von mir beschriebenen Zustände sowie über die Planungen des Bezirksamtes bzw. des Gesundheitssenators zur Abhilfe mit genauem Terminplan zuzusenden.

Ein Durchschlag dieses Schreibens geht an das Streikkomitee des Marburger Bundes. Bei unbefriedigender Antwort wird es von mir ermächtigt werden, alle wirksamen Schritte zur Alarmierung der Öffentlichkeit zu unternehmen.

Hochachtungsvoll

gez. *Buck*

(*Soz. Psych. Inf.* Nr. 6, 1971, S. 11 ff.)

III Psychiatrie und Staatsapparat

III.1 Kriminalpsychiatrie

> »Es kommt vielleicht der Zeitpunkt, wo Sie mit Hilfe des Herrgotts ihre Triebe zügeln können.« (Landgerichtsdirektor Dr. Würfling am Ende des Bartsch-Prozesses)

»Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen, und *krankhaft* heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückgeht.« (Schneider, 1962, S. 7).

Wenn es aber nicht der krankhafte Organprozeß ist, so bleibt – die Anlage:

»Bei der abnormen Persönlichkeit das Anlagemäßige und das Erlebnisreaktive zu unterscheiden, ist eine kaum entbehrliche Frage. Das ist aber eine *Leitidee*, die empirisch schwer verifizierbar ist. Man kann so fragen, muß es wohl – aber man kann im Einzelfall oft nicht eindeutig antworten.« (ders., 1962, S. 37)

»Beim Verstand und dem Schwachsinn, der bloße Variation der Verstandesbegabung ist, zweifelt kein Mensch an der Anlage. Warum sollte das für die Persönlichkeit und ihre abnormen Spielarten nicht gelten? Daß es an der psychopathischen Persönlichkeit etwas Angelegtes gibt, mit anderen Worten: daß es Psychopathen *gibt*, ist außer jedem Zweifel. Das, was wir als Anlage betrachten, als frühkindliche Konfliktfolgen auffassen und also doch wieder verstehen zu wollen, führt in ein undurchdringliches, meist nur mit Phantasie aufhellbares Dunkel.« (ders., 1962, S. 36 f.)

»Tatsächlich ist das psychologische Kennzeichen der Krankhaftigkeit seelischer Störungen dadurch festgelegt, daß wir mit der Nicht-Verstehbarkeit ihre qualitative Abnormität ermitteln.« (Witter, 1970, S. 11).

Der Psychiater warnt eindringlich vor Phantasie. Phantasie ist aber eben diejenige soziale Fähigkeit, die es ermöglicht, sich in einen anderen hineinzuversetzen, Voraussetzung für jede wirkliche Hilfe.

Die ganze Tragweite eines solchen Krankheitsbegriffs wird in seiner praktischen Anwendung, z. B. in der Kriminalpsychiatrie sichtbar. Die Psychiatrie fungiert als Spitzel des Staatsapparats; sie horcht die Seele aus nach verbrecherischen Motiven. Sie ist der V-Mann der Strafjustiz im seelischen Leiden. Denn der biologistische Krankheitsbegriff, der die Psychopathien nachdrücklich ausschließt, funktioniert folgendermaßen: er behauptet eine ›natürliche Grenze‹, wie der Imperialismus ›natürliche Grenzen‹ kennt. Sie lassen sich zwar nicht sehen, aber durchsetzen. Goffman hat dies später als Erzwingungstechnik sozialer Konformität bezeichnet, die »die universelle Stigmatisierbarkeit und damit Diskriminierbarkeit eines jeden durch jeden« (zit. nach Wulff, 1972, S. 66) erlaubt. Gegen biologische Faktoren ist schließlich jeder machtlos. Keineswegs ist irgendjemand, geschweige

denn die Gesellschaft, für ihre Folgen verantwortlich zu machen. Für die Zurechnungsfähigkeit im Sinne von Schuldfähigkeit heißt das:

»Der Eckpfeiler ist die der Rechtssprechung zugrundeliegende Unterscheidung zwischen kranken und schlechten Menschen.« (Leferenz, 1956, S. 187)
»Schuld kann also nur durch ein an metaphysischem Gehalt ebenbürtiges Phänomen berührt werden. Für uns ist jede die empirische (psychologische) Sinngesetzlichkeit zerreißende Krankheit ein metaphysisches Phänomen. Somit kann es eine adäquate Relation nur zwischen ›Krankheit‹ und ›Schuld‹ geben.« (de Boor, 1959, S. 94)
Denn: »Mit der Würde des Menschen und den aus ihr abgeleiteten Grundrechten ist die Vorstellung von einem restlos kausal determinierten Wesen, das von unbewußten psychischen Kräften getrieben wird, nicht vereinbar.« (ders., 1966, S. 81)

Dieser Begriff der Menschenwürde exkulpiert – nicht den Straftäter, wohl aber die Gesellschaft.
H. W. Gruhle, ebenfalls kriminalpsychiatrisch tätig, meinte bereits 1953:

»Bei der Vererbung scheint es jedem lächerlich, eine Neigung zu Büchern oder zum militärischen Beruf anzunehmen. Viele tragen aber nicht die mindesten Bedenken, die *Neigung zum* Verbrechen zu den Erbanlagen zu rechnen, obwohl auch diese Lebensform eine (negative) Auseinandersetzung mit der Kultur ist. Die Natur richtet sich in der Schaffung von Erbdispositionen nicht im mindesten nach der Kultur.« (Gruhle, 1953, S. 189)

Aber es hat seinen Grund, wenn der ›moderne‹ Psychiater trotzdem feststellt:

»Sowohl bei der rückblickenden wie bei der prognostischen Beurteilung solcher Fälle [psychopathologische Straftäter] imponiert das Unabänderliche in der Anlage mehr als die vielfach überschätzten Momente des Abgleitens. Dieselbe Erfahrung vermitteln uns fast alle chronischen Trinker, viele Psychopathen und nicht zuletzt die Gewohnheitsverbrecher.« (Bresser, 1965, S. 41)

Wenn wir nur einen Schritt weiter gehen, wird die Konsequenz deutlich – wissenschaftliche Untermauerung des Sühnegedankens im Strafrecht:

»Viele Vergehen kann man als ein Nachgeben an menschliche Schwächen verstehen, von denen man selbst nicht ganz frei ist, die man selbst aber überwindet, z. B. Stehlen und Betrügen aus Habgier und Eigennutz, Beschimpfung und Körperverletzung aus Jähzorn, Verleumdung aus Rachsucht, sexuelle Delikte aus ungezügelter Geschlechtslust. Jeder, der von einem solchen Verbrechen hört, ist ergriffen und empört; es löst den Drang zum Zurückschlagen aus, den Drang, dem Täter weh zu tun, und dadurch eine natürliche [!] Ordnung wiederherzustellen. Dieser natürliche Drang, eine Untat sühnen zu lassen, ergreift nicht nur das Opfer der Tat, sondern die meisten gesunden Menschen, die es miterleben. *Für den Gesunden bedeutet es Halt und Sicherheit zu wissen, daß Nachgeben an eigennützige rücksichtslose Triebe geahndet wird; Wissen um ungesühnte Untaten ist eine Quelle der Unruhe und Angst.*« (Bleuler, 1964, S. 104)

Und so kann man zu Recht die These aufstellen,

»daß, so wie der Richter eine Säule der Kultur, der Psychopath ein Dachstuhlträger der Abschreckungsfunktion des Staatsapparats ist. Er ist dazu das allertauglichste Objekt, nicht zuletzt deshalb, weil an ihm alle spezialpräventiven Absichten ständig zunichte werden. [Die Übermacht von Anlage und Triebstruktur ist verständlicherweise jeder

›Besserung‹ unzugänglich]... Denn der Psychopath ist ... der *exemplarische* Straftäter, soweit es um Diebstahl, Raub, Aggression, Triebhaftigkeit, Rücksichtslosigkeit, Ungehemmtheit usw. geht. Er verkörpert ein Negativbild des konformen, wohlangepaßten Menschen. Warum sollte sich das Strafrecht eine ganze Skala von Tätertypen entgehen lassen, an denen es antisoziales Handeln und die vergeltende, strafende und sühnende Reaktion der Gesellschaft beispielhaft zeigen kann? Denn viele Taten, die Psychopathen begehen, stellen so etwas wie den Inbegriff des Kriminellen im landläufigen Sinne dar, des Ungebärdigen, sich Auflehnenden, des provokatorisch Dreisten und Empörenden.« (Moser, 1971, S. 181)

Strafrecht und Psychiatrie haben ihre gemeinsame Erfüllung gefunden: die Aufrechterhaltung der jetzigen Gesellschaftsordnung. Und sowenig die Straftatbestände etwas über den Täter aussagen, so wenig tut es die psychiatrische Diagnose:

»Wir finden ... auch heute noch Psychiater, die mit der Akribie eines Sammlers die abnormen Verhaltensweisen ihrer Patienten in die herkömmlichen psychiatrischen Schemata einteilen und sich dabei ereifern können, ob die Mitteilung eines bestimmten Ereignisses auf ›Wahrnehmung‹, eine ›bedingte Halluzination‹ oder eine ›illusionäre Verkennung‹ schließen läßt ... Wesen und Ursache des Krankheitsgeschehens selbst, die sich im krankhaften Verhalten äußert, z. B. psychodynamische Prozesse, pathologisch-soziale Konstellationen, leib-seelische Zusammenhänge werden dabei kaum erkundet.« (Ranabauer, 1968, S. 205)

Beide, Strafrecht und Psychiatrie, pressen den Täter in eine vorgefertigte Schablone, zwecks Erreichung ihres Ziels; denn die Bestrafung des psychopathischen Täters erhält der Gesellschaft die Überzeugung von der Richtigkeit der tradierten Norm- und Wertvorstellungen. Der Verzicht, den jeder Einzelne im Laufe seiner Sozialisation vielfach leisten mußte, wird gerechtfertigt. Die Gesellschaft straft in ihm ihre eigenen Wünsche nach Übertretung dieser Normen.

Der biologistische Krankheitsbegriff gibt eine wertvolle Hilfestellung, indem er den Psychopathen als nichtkrank erklärt und so das Nachgeben oder Überwinden seiner zur Straftat führenden Strebungen zu einer Frage der freien Willensentscheidung macht (er *hätte* ja anders gekonnt – wenn er nur *gewollt* hätte). Damit wird der Psychopath für strafrechtlich ›voll verantwortlich‹ erklärt und jede Frage nach der Genesis seiner Tat, die u. U. zu unangenehmen Erkenntnissen für die Gesellschaft führen könnte, kann unterbleiben.

Schuldfrei ist nur noch der, der eine Krankheit von nachweislich körperlicher Schädigung vorweisen kann – eben weil *dafür* niemand zur Rechenschaft gezogen werden kann.

»Wie gering denkt man doch hier von dem, was einen Menschen innerlichst bewegen, was ihn aus seelischen Motiven heraus zur Verzweiflung und Besinnungslosigkeit treiben kann. Solange die biologische Maschine funktioniert, zählt dies alles nur im Zusammenhang mit den gleichsam gnadenweise zu gewährenden ›mildernden Umständen‹, nicht aber bei der Bemessung der Schuld.« (Thomae, in: *Protokolle*, S. 657)

III.2 Zulässigkeit der Unterbringung

Zulässigkeit der Unterbringung

§ 1

1 Geisteskranke, geistesschwache, rauschgift- oder alkoholsüchtige Personen sind auch gegen ihren Willen in einer geschlossenen Krankenabteilung oder in einer anderen geeigneten Verwahrung unterzubringen, wenn aus ihrem Geisteszustand oder ihrer Sucht eine erhebliche Gefahr für ihre Mitmenschen droht und diese nicht anders abgewendet werden kann.

2 Bilden die in Absatz 1 genannten Personen infolge ihres Geisteszustandes oder ihrer Sucht eine Gefahr für sich selbst, so können sie in gleicher Weise untergebracht werden, wenn die Gefährdung erheblich ist und nicht anders abgewendet werden kann.

3 Die Unterbringung dauert nur so lange, wie ihr Zweck es erfordert. Die Unterbringung von Rauschgift- und Alkoholsüchtigen darf nicht länger als zwei Jahre dauern.

(Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, 1952)

Gefahr für die Mitmenschen und Gefahr für sich selbst. Ähnlich wie hier sehen auch die Unterbringungsverordnungen der übrigen Bundesländer über Zwangseinweisungen aus. Ein *Recht* auf Behandlung wird nirgends erwähnt. Die Möglichkeit einer anderen Form der Reaktion findet sich lediglich in einem rein formal wirkenden Schlenker am Ende der einzelnen Abschnitte: »und diese nicht anders abgewendet werden kann«.

In der Mehrzahl der Fälle erfolgt zunächst ein Anruf von Angehörigen, Nachbarn oder vom Arbeitsplatz, daß sich die betreffende Person auffällig verhalte, d. h. nachts lärme, sinnlos Sachen zerschlage, völlig verwahrlost sei. Daraufhin wird von der so benachrichtigten Stelle der zuständige Amtsarzt informiert, der einen etwa 15-20 minütigen Hausbesuch macht und in den meisten Fällen eine Einweisung ausschreibt.

»Dem Bewußtsein des Arztes liegt in der Regel die Überzeugung zugrunde, daß dem Kranken geholfen werden muß, obwohl er aus freien Stücken nicht bereit ist, sich einer solchen Hilfe zu unterziehen.« (Bosch, 1971, S. 65)

Da hierbei ein ganz konkreter Grund benannt werden muß, hat der gutachtende Arzt »eine zumindest latente Aggressivität zu bejahen« (ders., 1971, S. 65).

Unter ›Verwahrlosungserscheinungen‹ wird beispielsweise auch die Tatsache gerechnet, daß sich der Aufgesuchte um 14 Uhr noch im Bett befindet; auch die Beurteilung der ›Unbewohnbarkeit‹ einer Wohnung liegt im Ermessen dieses Arztes. Es werden einige Fragen nach dem Befinden gestellt, einige zur ›Orientierung‹. Fragen wie: »Der wievielte ist denn heute?«, »Wo sind Sie geboren?«, »Wer ist denn unser Bundespräsident?« (zit. nach einem Berliner Arzt) zeigen die Kriterien auf: die abstrakte Zeit, der abstrakte Raum, die Namen der politischen Machthaber. Wer sich daran nicht zu orientieren vermag, gilt nicht mehr als selbständiges

Wesen. Wer das nicht beherrscht – wer davon nicht beherrscht wird – wird eingewiesen.

»Wir sind sozial darauf trainiert, die totale Versenkung in den äußeren Raum und die äußere Zeit für normal und gesund zu halten. Versenkung in den inneren Raum und die innere Zeit gilt als antisozialer Rückzug, als Abweichung, als krankhaft, per se pathologisch und gewissermaßen diskreditierend.« (Laing, 1971, S. 114)

Spätestens mit der Nichtbeantwortung einer dieser Fragen ist die Sache gelaufen.

Entweder noch am selben Tag oder auch bis zu zwei Monaten später (hier kann die Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen bzw. seiner Umwelt nicht gar so groß sein, und seine Einweisung ist somit illegal) erscheint der Amtsarzt erneut, diesmal in Begleitung von zwei Pflegern und dem Krankentransportpersonal. Oft erklärt man dem zukünftigen Patienten, man wolle ihn zum Röntgen abholen oder ins Grüne fahren, um Kaffee zu trinken, oder sonst dergleichen. Alles geht in der Folge so schnell, daß meist keine Möglichkeit mehr besteht, z. B. die Brille mitzunehmen, etwas Wäsche einzupacken oder gar einige persönliche Dinge zu ordnen (wozu auch, zum Kaffeetrinken?). Leistet der Patient Widerstand, d. h. will er nicht freiwillig mitkommen, so wird er ›unter die Arme genommen‹, ein Griff, der häufig bei späteren medizinischen Untersuchungen zur Feststellung von Prellungen oder Blutergüssen führt. In diesem Fall wird er gleich im Krankentransportwagen auf die Trage fixiert.

§ 5

1 Der Antrag auf Unterbringung ist schriftlich einzureichen.

2 Dem Antrag ist das Zeugnis eines approbierten Arztes über den Geisteszustand oder die Süchtigkeit des Unterzubringenden beizufügen, das auf einer höchstens 14 Tage zurückliegenden Untersuchung beruht. (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, 1952)

Im Laufe des darauffolgenden Tages wird vom zuständigen Abteilungsarzt die Anfangsexploration vorgenommen. Der Patient wird routinemäßig untersucht, und es wird eine sogenannte ›vorläufige Diagnose‹ gestellt, die jedoch nur in den seltensten Fällen im Laufe seines Klinikaufenthalts abgeändert wird. Hierbei wird insbesondere darauf geachtet, möglichst viele Wahnideen zu finden und besonders ›prägnante‹ Sätze zu protokollieren, um Material für den Antrag auf Unterbringung zu haben, Familien oder soziale Faktoren spielen dabei höchstens am Rande eine Rolle. Bei Männern wird routinemäßig zunächst einmal Alkoholismus angenommen.

Die Diagnose erfolgt (in Berlin) durch Zuordnung einer von 21 Nummern, die jeweils für eine Krankheit stehen, z. B. 14 = Schizophrenie, 16 = Psychopath. Im Anstaltsjargon heißt es dann etwa: »Das ist ein 16er« oder »ne defekte 14«, was eine symptomarme blande Schizophrenie be-

deutet. Unter diese Kategorie fällt – getreu den Anweisungen des in der deutschen Psychiatrie sehr verehrten Psychiaters Kurt Schneider:

»Von den Psychosen, deren körperliche Ursache man nicht kennt, zieht man die einigermaßen typisch zyklothymen ab – den bleibenden Rest heißt man Schizophrenien« (Schneider, 1962, S. 6)

– alles, was sonst nicht so recht zuzuordnen ist.

»*Schizophrenia simplex* nennt man meist schleichend zum Defekt verlaufende Fälle ohne eindrucksvolle bunte psychopathologische Erscheinungen, ein blandes allmähliches Einbüßen von Schwung, Initiative und Anpassung an das Leben und seine Aufgaben. Oft sind die Patienten moros und affektlahm, depressiv verstimmt, nicht selten hypochondrisch oder zeitweise durch coenästhetische Beschwerden ausgezeichnet; manchmal zeigen sie flüchtige Ansätze zu paranoiden Eigenbeziehungen, Mißtrauen und Empfindlichkeit ohne produktiven geschlossenen Wahn.« (Weitbrecht, 1963, S. 342)

Das ist nichts anderes als die exakte Beschreibung der Lebenssituation eines Arbeiters nach 20jähriger Fließbandarbeit!
Die Medikation wird entweder nach einem nur wenige Minuten dauernden Gespräch mit dem Oberarzt oder aber im Anschluß an die Exploration vorgenommen. Es gibt dabei eigentlich nur die Auswahl zwischen verschieden stark wirkenden Mitteln. Viele Medikamente haben, unangenehmerweise, Nebenwirkungen wie: trockene Lippen, ständiges Durstgefühl, Tremen, Gesichtsstarre, abgesehen von einem allgemeinen ›Ein-Schleier-liegt-über-allem-Gefühl‹. Weitere ›Maßnahmen‹ therapeutischer Art finden in den rund 14 Tagen bis zum Gerichtstermin nicht statt.

§ 6
1 Die Unterbringung darf nur angeordnet werden,
2 wenn ein Facharzt der Psychiatrie, der den Unterbringenden untersucht hat, als Sachverständiger gehört ist; ist er kein beamteter Arzt, ist auch ein solcher zu hören;

Das durchschnittlich 10 Zeilen umfassende Gutachten des »Facharztes der Psychiatrie« endet gewöhnlich mit dem Antrag auf Aufrechterhaltung des Anstaltsaufenthalts. Der Richter, meist ohne jede psychiatrischen Kenntnisse, stellt sich ganz auf das ein, was ihm der Arzt vorschlägt, und stellt entsprechende Fragen. Der Anwalt des Patienten –

§ 7
Das Gericht ordnet dem Unterzubringenden einen Rechtsanwalt bei, wenn dies zur Wahrung seiner Rechte geboten erscheint.

– wenn er überhaupt einen hat, schweigt oder unterstützt den Antrag des Psychiaters, der es ja wissen muß.

§ 6
1 Die Unterbringung darf nur angeordnet werden,
1 wenn der Unterzubringende persönlich durch den Richter vernommen worden ist; die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des Unterzubringenden ausführbar ist;

Der Patient ist in den meisten Fällen durch die Einnahme von Sedativa völlig apathisch und hat keine Meinung. Muckt er jedoch auf, so ist das jederzeit als krankhaftes Symptom zu interpretieren.
Es können auch schon mal solche Fehlhandlungen vorkommen wie bei einem Berliner Richter, der zwei Fälle verwechselte und beschloß, die Unterbringung eines Patienten zu verlängern, obgleich er entlassen werden sollte. Der Richter hatte die entsprechend vorbereiteten Fragen verwechselt. In der Regel wird ein Zeitraum der Unterbringung von 3-6 Monaten angeordnet. Die erneute Überprüfung nach Ablauf dieser Frist wird wieder durch den behandelnden Arzt vorbereitet, nicht etwa, wie man vermuten könnte, durch einen neutralen Gutachter.
Ist der behandelnde Arzt der Meinung, daß eine Entlassung schon vor Ablauf des vom Gericht angeordneten Zeitraums möglich ist, so scheitert dies meist an der mit einem solchen Antrag verbundenen Schreibarbeit, die der Arzt in der Regel erst nach Feierabend erledigen kann; da wartet man schon lieber die paar Monate ab.

§ 15
1 Gegen die Beschlüsse des Gerichts findet die sofortige Beschwerde statt.
2 Die Beschwerde gegen einen die Unterbringung anordnenden Beschluß steht zu:
1 dem Unterzubringenden
2 dem gesetzlichen Vertreter in den die Person betreffenden Angelegenheiten und dem beigeordneten Rechtsanwalt
3 dem Ehegatten
4 den Eltern, falls der Unterzubringende minderjährig ist.

Es ist bekannt, daß jemand, der als antriebsschwach bezeichnet und noch ständig mit dämpfenden Mitteln behandelt wird, keine Beschwerden schreibt, vorausgesetzt, er kennt seine Rechte überhaupt; daß beigeordnete Anwälte kein großes Interesse an Mehrarbeit durch Beschwerde-Schreiben haben; daß die Mehrzahl besonders der älteren Leute alleinstehend ist und daß die Angehörigen ganz froh sind, die beunruhigenden Aspekte psychischer Krankheit aus ihrem Gesichtskreis verbannt zu haben.

§ 17
Der Untergebrachte unterliegt der Anstaltsordnung. Die Unterbringung umfaßt auch die Behandlung mittels eines Heil- oder Entziehungsverfahrens. Ärztliche Eingriffe, die mit erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind, dürfen nur mit Einwilligung des Untergebrachten oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen werden. Bei welchen ärztlichen Eingriffen diese Voraussetzungen vorliegen, bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung.

Die Anstaltsordnung verlangt in den meisten Fällen, daß der Patient seine gesamte ›persönliche Habe‹ abgibt, daß er, falls sich niemand von draußen um ihn kümmert, in Anstaltskleidung oder ›irgendwelchen‹ Sachen rumläuft, daß er seine Mahlzeiten kleingeschnipselt mit dem Löffel von einem Plastikteller einnimmt.

Das »Heil-und Entziehungsverfahren« umfaßt gewöhnlich beruhigende Psychopharmaka, vielleicht ein bißchen Beschäftigungstherapie, ein wenig Arbeit im Garten oder in der Stationsküche, aber auch Fixierung, wenn der Patient sehr ›unruhig‹ erscheint, und brutales Zusammenschlagen, wenn er nicht fixiert werden will.
In einem noch heute verwandten Lehrbuch aus dem Jahre 1963 heißt es:

»Der Ruck der tonischen Krampfspannung der Muskulatur [beim Heilkrampf mit Cardiazol] brachte, bevor man sich der muskelerschlaffenden Relaxien zu bedienen wußte, die bei Cardiazolschock gefürchteten Komplikationen, insbesondere Frakturen und Luxationen, wobei Deckplatteneinbrüche im Bereich der oberen und mittleren Brustwirbelsäule, allerdings so gut wie immer ohne neurologische Komplikationen, im Vordergrund standen.« (Weitbrecht, 1963, S. 404)

Das ist eine *Heilmethode*, kein ›ärztlicher Eingriff‹!

§ 18
1 Briefe des Untergebrachten dürfen von den durch die Anstaltsordnung hierzu bestimmten Ärzten eingesehen und zurückbehalten werden, wenn dies im wohlverstandenen Interesse des Untergebrachten, des Empfängers oder eines Dritten liegt. Im Falle der Zurückbehaltung sind sie zu verwahren. Briefe des Untergebrachten an seine Angehörigen sollen nicht zurückbehalten werden. Briefe an den gesetzlichen Vertreter und an eine Behörde dürfen nur mit Zustimmung des Gerichts zurückbehalten werden. Briefe an den gewählten oder bestellten Rechtsanwalt oder an die Aufsichtsbehörde der Anstalt dürfen nicht zurückbehalten werden.
2 Briefe an den Untergebrachten dürfen von den durch die Anstaltsordnung hierzu bestimmten Ärzten eingesehen und, wenn ihre Aushändigung an den Untergebrachten untunlich erscheint, zurückgewiesen werden. Ist der Absender eine Behörde, der gesetzliche Vertreter oder der Rechtsbeistand, so entscheidet auf deren Antrag das Gericht.

Panse, ehemaliger Psychiater in Düsseldorf, machte vor dem Sonderausschuß »Strafrecht« des Deutschen Bundestages ungewollt die ganze Misere der Situation deutlich, als er erklärte, warum es für psychopathische Täter besser sei, *nicht* in eine psychiatrische Anstalt zu kommen:

»Diese [debilen Triebtäter] würden dann in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen. Dort fühlten sie sich jedoch nicht wohl. Der Psychiater wisse nichts mit ihnen anzufangen, weil sie nicht heilbar seien. In dem psychiatrischen Krankenhaus könne man diesen Verurteilten nicht dieselbe Bewegungsfreiheit wie im Gefängnis gewähren. Sie würden mit einfachen Arbeiten, Flechten von Matten usw. beschäftigt.« (Protokolle des Ausschusses, S. 643)
»Im Gefängnis, ... in diesen Knastbunkern herrschen auch nicht gerade paradiesische Zustände; in manchen Fällen ist die Freiheit vielleicht stärker eingeschränkt als hier. Aber das ganze System ist durchsichtiger – es gibt dort wenigstens genau abgesteckte Rechte und Pflichten, auch wenn die Rechte manchmal kaum von Bedeutung sind. Es existiert eine Vollzugsordnung mit 270 Einzelparagraphen, an die man sich halten kann und die alles bis ins einzelne regeln. Und Häftling wie Vollzugsbeamte sind sich genau darüber im klaren, daß es den Beschwerdeweg gibt, daß der Gefängnisdirektor jeden Mittag um 12 Uhr zu sprechen ist, um sich Bitten und Beschwerden anzuhören. Verstehen Sie jetzt, was wir meinen, wenn wir uns ins Gefängnis zurücksehnen?« (Ein Patient, in: Fischer, 1969, S. 75 f.)

IV Schizophrenie

IV.1 »Es gibt keinen solchen Zustand wie Schizophrenie«

»Etwa ein Viertel der Erstaufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern der Vereinigten Staaten sind Schizophrene, und in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern sind bis zu 50% der Patienten Schizophrene. Die Krankheit stellt also ein erschreckendes Gesundheits- und Wirtschaftsproblem dar.« (Redlich/Freedman, 1970, S. 669)

Wenn wir uns auf »die Schizophrenie« konzentrieren, dann deswegen, weil sie der gebräuchlichste Titel ist, unter dem der psychische Widerspruch zu den herrschenden Lebensverhältnissen der staatlichen Kontrolle unterworfen wird. Daß es bisher noch nicht gelungen ist, ›Schizophrenie‹ zu definieren, hat die ›Nützlichkeit‹ dieses Begriffes eher noch gefördert: Denn *ein* Element ist für alle Schizophreniedefinitionen charakteristisch: wie erkennt man »*den* Schizophrenen«?

»In ihrem Verhalten sind Schizophrene sehr unberechenbar, Perioden der völligen Gehemmtheit stehen neben solchen gesteigerter Aktivität (manierte Gesten und Gebärden), neben automatenhafter Nachahmungssucht, neben Haltungsperseverationen und neben der tobsüchtigen Triebentladung in schweren Erregungszuständen. Der allgemeine Negativismus der Patienten geht oft bis zur völligen Nahrungsverweigerung. Mehrfach beschrieben wurde die ›archaisch-primitive‹ Eigenheit des schizophrenen Denkens, dessen Tendenz zur Verdinglichung von Zeichen und Symbolen sowie eine gewisse Affinität zum bildnerischen Ausdruck. Vor Ausbruch der eigentlichen Erkrankung gelten viele Schizophrene als scheu, unsicher, empfindlich und als eigenbrötlerisch; Übergangsformen zur Normalität gelten oft als ›Sonderlinge‹ im positiven wie im negativen Sinne, deren Lebenslauf durch Unstetigkeit und Kontaktarmut gekennzeichnet ist.« (Fischer Lexikon: *Psychologie*, Art. Psychose, S. 247)

Als Wesen der Schizophrenie wird summiert, was andere an dem Schizophrenen verübt haben. »Unberechenbar« sei der Schizophrene, aber aufgrund welcher Berechnung? Der einzig interessierende Kern jeder Schizophreniebestimmung ist das Verhalten der anderen zum Schizophrenen, das durch diese Definition festgelegt werden soll. Daß die Schizophrenie einen individuellen Widerspruch zur Gesellschaft darstellt, darin sind sich im Grunde alle einig. Selbst die Verfechter des organischen Gesichtspunkts können nicht umhin, in der Sprache der Psychologie ein gestörtes Verhalten zu beschreiben. Insofern ist jede Schizophrenietheorie im Kern auch eine Gesellschaftstheorie.

»Wenn wir ... schließen können, daß der Schizophrene, von familiären Banden konditioniert, in einer veränderten Welt lebt, die für ihn real ist, daß er mit mehreren gleich-

zeitigen Bedeutungsmustern lebt (was verwirrend sein muß)...« (Redlich/Freedman, 1970, S. 683)

– dann liegt der Unterschied zu der obigen Schizophreniedefinition darin, daß der Psychiater sich nicht mehr für seine eigene Verwirrung, sondern für die Verwirrung des Patienten interessiert.

»Einige als schizophren etikettierte Leute zeigen (nicht alle, nicht unbedingt) in Worten und Gesten und Aktionen (linguistisch, paralinguistisch und kinetisch) ein Verhalten, das ungewöhnlich ist. Manchmal drückt (nicht immer, nicht unbedingt) dieses ungewöhnliche Verhalten (das sich uns, den anderen, wie gesagt, optisch und akustisch manifestiert) absichtlich oder unabsichtlich ungewöhnliche Erfahrungen des Betroffenen aus. Manchmal scheinen (nicht immer, nicht unbedingt) diese ungewöhnlichen Erfahrungen, die sich durch ungewöhnliches Verhalten ausdrücken, Teile einer potentiell geordneten, natürlichen Sequenz von Erfahrungen zu sein.« (Laing, 1971, S. 112)

Das ist ein ehrliches Resümee des Standes der Erkenntnis. Zugleich aber auch ein entscheidender Hinweis darauf, was das Problem der Schizophrenie ist: den Sinn der Schizophrenie zu erkennen, die Erfahrungen des Schizophrenen wahrzunehmen.

IV.2 Der Negativismus der Patienten

Die Geschichte der Psychiatrie ist eine Geschichte der ständig wiederholten Anläufe, nun auch in bezug auf die psychischen Krankheiten klare Verhältnisse herzustellen. Aber es ist vorauszusagen, daß es so lange keine klare Sprache der Psychiatrie geben wird, solange sie sich anstrengt, einen Trennungsstrich zwischen krank und gesund zu ziehen. Vom Standpunkt dessen, der Gesundheit verteidigt, ist ebenso wenig etwas über den Sinn der psychischen Krankheit zu erfahren, wie der Unterdrücker etwas vom Unterdrückten wissen kann, geschweige denn, daß er in der Lage wäre, Unterdrückung zu »definieren«. Jeder Versuch einer systematischen Deskription oder Einteilung psychischer Erkrankungen hat nicht zur Klärung der wissenschaftlichen Methode, sondern nur zur beziehungslosen Mannigfaltigkeit verschiedener Schulen geführt. Und auch die Systematiken sind in sich widerspruchsvoll. Warum? Auch die formellste Beschreibung und Benennung kann nicht die Realität des Kranken bannen. Noch in der abstraktesten Kategorie, die dem Kranken seinen sozialen Zusammenhang abspricht, scheint etwas wider von den Lebenstechniken des Kranken, mit denen er Widerstand leistet.

Die psychiatrische Terminologie muß immer auch als eine indirekte Beschreibung des Verhältnisses Psychiater/Patient gelesen werden. Sie ist der unbegriffene Ausdruck dessen, auf welche Weise der Psychiater mit

den Ansprüchen der Patienten fertig wird. Der Terminologie liegen drei Momente eines gesellschaftlichen Verhaltens zum psychisch Kranken zugrunde: 1. »Die pseudomedizinische Rhetorik der Abwehr« (Szasz); 2. die diagnostische Degradierung und 3. die unmittelbare Abwehr- oder Selbstschutzreaktion des Arztes selber.

»Mein Präcoxgefühl sagt mir, daß es Schizophrenie ist. Und der Verlauf wird es zeigen«. (Aus dem Bericht eines Praktikanten)
In Hinblick auf einen feindseligen Ausdruck, der Schizophrenen eigentümlich sein soll, sagt Bleuler (1960, S. 377): »Der gemütliche Rapport ist vor einem solchen Ausdruck erschwert.«
»Der Schizophrene ist gegenüber seiner Umgebung wie ausgestanzt.« (Weitbrecht, 1963, S. 337)

Diese Abwehrreaktionen sind verständlich:

»Es gehört zu den elementarsten Erfahrungen im Umgang mit Psychotikern, daß sie auf das Unbewußte [des Analytikers] weitaus direkter und empfindlicher reagieren als etwa andere Menschen.« (Rosen, 1964, S. 152)

»Beziehungslosigkeit« ist eine der wichtigsten Deskriptionskategorien bei Bleuler. Der Schweizer Psychiater Bleuler hat den Terminus Schizophrenie in den Sprachgebrauch eingeführt. Dadurch, daß er darauf verzichtete, eine einzige Krankheit zu postulieren, sondern von der »Gruppe der Schizophrenien« sprach, verschaffte er der Psychiatrie weitaus differenziertere Wahrnehmungsmöglichkeiten. Er war auch einer der ersten, die dem Schizophrenen das Stigma der Unheilbarkeit nahmen. – Mit »Beziehungslosigkeit« als einem der charakteristischen Merkmale der Schizophrenien meint Bleuler zum Beispiel:

»Alle möglichen Unarten werden damit motiviert, daß man die Kranken in der Klinik hält, und es nützt nie etwas, ihnen zu sagen, daß der kausale Zusammenhang, wenn überhaupt einer besteht, ein anderer sei.« (Bleuler, 1960, S. 371)

Auch für den humanen Psychiater ist der Widerstand des Kranken eine ›Unart‹, seine Erklärungen werden nicht verstanden, sondern widerlegt. Daß er recht haben könnte, wird überhaupt nicht in Erwägung gezogen. Beziehungslosigkeit von wem zu wem?

»Irgendwie wird schizophren unaussprechbares, unheimliches und entsetzliches inneres Erleben in der Symbolsprache faßbar, anderen mitteilbar und innerlich erträglicher.« (Bleuler, 1960, S. 376)

Irgendwie. Der Psychiater konstatiert die Kommunikationsanstrengungen des Patienten, aber es graut ihm vor dem, was da vermittelt werden soll.

»Mit einem Idioten, der kein Wort hervorbringt, fühlt man sich seelisch oft mehr verbunden als mit einem vielleicht intellektuell noch gut erhaltenen, aber affektiv unzugänglichen Schizophrenen.« (Bleuler, 1960, S. 375)

Von welcher Seite her sind Veränderungen möglich?

»Ein großes Erlebnis ist es, im Laufe der Psychotherapie bei einem scheinbar gefühlsmäßig völlig leeren Schizophrenen ganz unerwartet warme und herzliche Gefühlsregungen wahrzunehmen.« (Bleuler, 1960, S. 378)

Der scheinbar Gefühlsleere zeigt ein Gefühl. Wiewohl solche Erfahrungen gemacht werden, und auch am Rande der ›herrschenden Lehre‹ ihren Niederschlag finden, gilt nach wie vor als ein zentrales diagnostisches Kriterium der Negativismus der Patienten. Negativismus heißt, daß der Patient auf Gefühlsäußerungen, also auf Übertragungen, abwehrend reagiert. – Zu dem zitierten ›Idioten‹ ist eine Beziehung unmittelbar möglich. Warum? Der ›Idiot‹ ist ohnmächtig. Sein Unbewußtes ist außerhalb der Welt der Menschen, es drückt sich nur noch körperlich aus. – Nicht obwohl, sondern weil der Schizophrene »intellektuell noch (noch!) gut erhalten« ist, weil er noch etwas auszudrücken vermag, weil er vielleicht sehr konsequent auf den Psychiater reagiert und dessen berufsmäßige Gefühle nicht annimmt, gilt er als »affektiv unzugänglich«.

»Wir haben die Erfahrung gemacht, daß der Psychotiker im Gegensatz zum Neurotiker immer aufnahmebereit ist für eine treffende Interpretation.« (Rosen, 1964, S. 152)

Wie kommt Rosen zu einer solchen Erfahrung?

»*Einteilung der Stunden.* Es wird dem Psychiater geraten, dem Psychotiker so viel Zeit zu widmen, als er irgend kann. Vielleicht muß er täglich fünf Stunden bei jedem einzelnen sechs oder sieben Tage in der Woche sein. Das bedeutet unter Umständen, daß er nur ein oder zwei Individuen zur gleichen Zeit behandeln kann.« (Rosen, 1964, S. 103)

Die Mehrheit der Psychiater muß hingegen Zeit sparen, weil sie sonst anderen Patienten entzogen wird. Wer allein aus Berufsinteresse quantitativ so viel Zeit aufbringt, wie es Rosen fordert, stellt einen Lebenszusammenhang mit dem Patienten her, der diesem eine Rückkehr aus der Regression vielleicht sinnvoll erscheinen läßt.
Wenn psychische Krankheit eine Form des Daseins der Massen ist, wie muß man sich dann eine Gesellschaft vorstellen, in der die Menschen ein Recht auf psychische Heilung haben?
Der Negativismus der Patienten kann wohl als eine adäquate Antwort der Patienten auf das objektive Desinteresse und die Feindschaft der Gesellschaft ihnen gegenüber verstanden werden. Im Grunde weiß auch das die Psychiatrie längst. Fast in jeder allgemeineren Schizophreniedarstellung gibt es Hinweise derart:

»Dabei ist zu berücksichtigen, daß besonders bei vielen Schizophrenen ... als mögliche Ursache ihres autistischen Rückzuges von der Welt frühe und wohlbegründete Ängste und Enttäuschungen anzunehmen sind. Hierauf zurückgehend bewirkt nun die Angst vor der Feindseligkeit und dem Alleingelassenwerden durch andere Menschen, einhergehend mit der Angst vor der eigenen immens gestauten Aggressivität, eine oft unglaubliche Empfindlichkeit, Hellsichtigkeit für die feindseligen Regungen der umgebenden Menschen.« (Stierling, 1957, S. 19)

IV.3 Der Realitätsverlust der Psychosen – der psychoanalytische Begriff der Psychosen

Wenn unter dem Terminus Schizophrenie eine von der Gesellschaft erzwungene Existenzform zu verstehen ist, so läßt sich gleichwohl eine psychische Entwicklung eines Individuums erkennen, aus der die Gesellschaft die Schizophrenie formt: es ist die Psychose.

Der Fortschritt, den die Psychoanalyse erzielte, lag einerseits darin, daß sie für die Genesis aller psychischen Leiden eine zusammenhängende Erklärung entwickeln konnte. Zugleich gelang es ihr, die Suche nach einer »spezifischen Krankheitsursache« als ein fruchtloses Unterfangen abzuweisen. Freud sagt von den Neurosen:

»Sie sind durch fließende Übergänge mit der sogenannten Norm verbunden, und andererseits gibt es kaum einen als normal anerkannten Zustand, in dem nicht Andeutungen neurotischer Züge nachweisbar wären.« (Freud, Abriß, Frankfurt 1953, S. 40)

Ähnlich äußert er sich im Hinblick auf die Psychosen:

»Jeder Normale ist eben nur durchschnittlich normal, sein Ich nähert sich dem des Psychotikers in dem oder jenem Stück, in größerem oder geringerem Ausmaß, und der Betrag der Entfernung von dem einen und der Annäherung an das andere Ende der Reihe wird uns vorläufig ein Maß für die so unbestimmt gekennzeichnete ›Ichveränderung‹ sein.« (Freud, GW XVI, S. 80)

Die Normalität ist für ihn eine »Idealfiktion«, aus der sich kein objektives Kriterium für psychische Krankheit ableiten lasse. Allein die Analyse der individuellen Genesis bzw. der Leidensdruck des Patienten machten es möglich, einen bestimmten psychischen Konflikt »pathologisch« zu nennen.

Über die Psychose läßt sich im Grunde nichts aussagen, wenn das psychotische Individuum selbst nicht zu Wort kommt. So wird die Darstellung des psychoanalytischen Begriffs von Psychose nur eine allgemeine Charakteristik bleiben müssen, deren begriffliche Bestimmung sich aus der Trennung psychotischen Verhaltens vom nichtpsychotischen Verhalten herleitet. Die »wichtigste genetische Differenz« zwischen Neurose und Psychose ist nach Freud:

»Die Neurose sei der Erfolg eines Konfliktes zwischen dem Ich und dem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt«. (Freud, GW XIII, S. 387)

In der *Neurose* geschieht es, »daß das Ich eine im Es mächtige Triebregung nicht aufnehmen und nicht zu motorischen Erledigungen bringen will (also nicht in der Lage ist, seinen innersten Wünschen zufolge auch zu handeln), oder ihr das Objekt bestreitet (also nicht eingestehen will, daß sich die Wünsche auf eine bestimmte Person zum Beispiel richten), auf das sie zielt. Das Ich erwehrt sich ihrer durch den Mechanismus der Verdrängung; das Verdrängte sträubt sich gegen dieses Schicksal und schafft sich auf Wegen, über die das Ich keine Macht hat, eine Ersatzvertretung, die sich dem Ich auf dem Wege des Kompromisses aufdrängt, das Symptom; das Ich findet seine Einheitlichkeit durch

diesen Eindringling bedroht und geschädigt, setzt den Kampf gegen das Symptom fort, wie es sich gegen die ursprüngliche Triebregung gewehrt hatte, und dies alles ergibt das Bild der Neurose.« (ebd. S. 388)

In der Neurose nimmt das Ich Partei für die Außenwelt. Die Außenwelt – so könnte man hinzusetzen – als der Zusammenhang von Klassenlage, persönlicher Beziehung, sexuellem Verhältnis, Zukunftsmöglichkeiten etc. muß in irgendeiner Weise diese Parteinahme lohnen. – Bei der Psychose liegt eine durchaus mit der Neurose gemeinsame Ursache vor:

»die Versagung, die Nichterfüllung eines jener ewig unbezwungenen Kindheitswünsche, die so tief in unserer phylogenetischen Organisation wurzeln.« (ebd. S. 390)

»Der pathogene Effekt hängt nun davon ab, ob das Ich in solcher Konfliktspannung seiner Abhängigkeit von der Außenwelt treu bleibt (was eigentlich seine Funktion ist, insofern in ihm die Sinne zusammengefaßt sind) und das Es zu knebeln versucht, oder ob es sich vom Es überwältigen und damit von der Realität losreißen läßt.« (ebd. S. 390)

Warum läßt sich das Ich überwältigen, warum ist das Es stärker? Halluzinationen z. B. sind Ergebnisse der Überwältigung des Ich. Es ist eine Tatsache, daß Menschen, die lange Zeit in Einzelhaft bzw. in der Dunkelzelle eingesperrt sind, zu halluzinieren beginnen, weil die Außenwelt keine sinnlichen Elemente mehr bietet, die dem Es entgegenzusetzen sind. Die Panik bei einem Theaterbrand hat psychotische Züge, die Angst überschwemmt das Ich, weil die Außenwelt, das brennende Theater, keinen Sinn ergibt. Allerdings würden wir zögern, ein solches Verhalten psychotisch zu nennen. – Wie arbeitet das Ich, wenn es dem Es gewissermaßen erliegt, von ihm übernommen wird?

»Das Ich schafft sich selbstherrlich (!) eine neue Außen- und Innenwelt und es ist kein Zweifel an zwei Tatbeständen, daß diese neue Welt im Sinne der Wunschregungen des Es aufgebaut ist, und daß eine schwere, unerträgliche Wunschversagung der Realität das Motiv dieses Zerfalls mit der Außenwelt ist. Die innere Verwandtschaft dieser Psychose mit dem normalen Traum ist nicht zu verkennen.« (ebd. S. 389)

»Die Umarbeitung der Realität geschieht bei der Psychose an den psychischen Niederschlägen der bisherigen Beziehungen zu ihr, also an den Erinnerungsspuren, Vorstellungen und Urteilen, die man bisher von ihr gewonnen hatte und durch welche sie im Seelenleben vertreten war. Aber diese Beziehung war nie abgeschlossen, sie wurde fortlaufend durch neue Wahrnehmungen bereichert und abgeändert.« (Freud, Bd. 13, S. 366)

Der psychotische Prozeß ist also nachvollziehbar. Zwei Fragen erheben sich hier: 1. Wie sieht der Mechanismus aus, der Überwältigung des Ich durch das Es genannt wird? 2. Was heißt Realitätsverlust? Gibt es keine Brücke zum Psychotiker mehr? Verschwindet er mit *seiner* Realität aus der Gesellschaft?

1 Der charakteristischste Vorgang bei der Psychose ist die *Regression*. Der Psychotiker regrediert in Phasen seiner infantilen Entwicklung, und zwar in sehr frühe Phasen, die die Psychoanalyse als oral, narzißtisch und autoerotisch bezeichnet. Es ist die Zeit nach der Geburt bis etwa zum 3. Lebensjahr. In diesem Lebensalter hat das Kind noch kein entwickeltes

Ich, das ständig und methodisch Verträge herstellt zwischen den Forderungen der Außenwelt und den eigenen Bedürfnissen. In diesem Alter hat es noch keine oder nur instabile Objektbeziehungen zu anderen Menschen. Die Trennung von der Mutter und damit die Entwicklung des Ich beginnt erst. In der allerersten Zeit führt der Weg von der Spannung (durch Hunger z. B.) direkt zu der Abfuhr dieser Spannung (durch Stillen), dazwischen liegt kaum eine Tätigkeit des Kindes. In diesem Sinne ist das Kind allmächtig und hat zugleich noch keinen sensiblen Körper, der sich in Bewegung versetzen kann, um sich Abfuhr zu verschaffen. – Der Psychotiker, der regrediert, verliert nicht seine intellektuellen Fähigkeiten, sondern gebraucht sie gewissermaßen nach den Bestimmungen seiner infantilen Situation, er fühlt sich allmächtig, er weiß nicht genau zwischen sich und den anderen zu unterscheiden, er verwendet aber darauf seine ganze intellektuelle Kraft. Der Skandal des Psychotikers besteht darin, daß er mit den Ansprüchen eines Kindes auftritt. Derartigen Ansprüchen kann niemand nachgeben, oder nur selten. Nur in Situationen der Verliebtheit, der absoluten körperlichen Schwäche oder der Senilität dürfen solche Ansprüche wieder gestellt werden. – Warum regrediert der Psychotiker? Es gibt nur eine Antwort: weil der Weg nach vorn für ihn nicht offen zu sein scheint, keinen Sinn mehr ergibt. Derart wäre die Grundtendenz der Psychose ein Versuch der Selbstrettung. Die entscheidende Frage dabei ist nicht, warum der Psychotiker regrediert, sondern warum die Regression zu seinem sozialen Untergang führt, warum er nicht mehr ›zurückkehren‹ kann.

2 Regression ist, so nüchtern man auch den Begriff verwendet, negativ besetzt. Auf der anderen Seite regredieren wir ständig, mehr noch, wer nicht bewußt seine regressiven Bedürfnisse zur Sprache bringen kann, wird ein widersprüchliches, selbstzerstörerisches (oder andere zerstörendes) Dasein führen.

»Regression ist, ebenso wie Progression, ein wesentlicher Teil der Entwicklung. Das Kind wächst in Beziehungen zu andern heran, es braucht die anderen für seine Sicherheit, und der Mensch ist niemals frei vom Bedürfnis nach anderen Menschen. Immer wieder treibt es ihn zur Suche nach der verlorenen Gemeinschaft seiner Kindheit, auch und gerade wenn er aus ihr herauswächst.« (Lidz, 1959, S. 260 f.)

Wie sieht der regressive Prozeß beim Psychotiker aus? Nach Freud sind die psychotischen Symptome immer ein Ausdruck des Rückzugs der Objektlibido, d. h. der aktuellen libidinösen Beziehungen zu selbständigen Menschen, und des Kampfes, diese Regression aufzuhalten. Um eine grobe Vereinfachung zu wagen: Der Regredierte betrachtet von seinem Lebensgefühl als Kind her seine spätere Geschichte der Entsagungen, Bedrohungen und Zerstörungen und formt daraus seine Realität; zugleich versucht er als gegenwärtig existierender Mensch die Konsequenzen dar-

aus zu ziehen (oder zu vermeiden). Der kataton Starre hat die absolut bösartige, sinnlose, tödliche Wirklichkeit erfahren und ist zurückgekehrt in die Welt infantiler Allmacht. Diese Allmacht ermächtigt ihn, die Wirklichkeit zu zerstören. Als gegenwärtig existierendes Wesen muß er um jeden Preis vermeiden, seine Allmacht anzuwenden. Er wird starr. Das Psychotische wäre also nicht die Regression selber, sondern die Unfähigkeit der Rückkehr, genauer die Unfähigkeit, »seine Sicherheit durch Regression wiederzuerlangen« (Lidz, 1959, S. 259). Realitätsverlust der Psychosen heißt also immer, daß der Psychotiker eine andere als diese bestimmte nicht mehr ertragbare Realität will.
Auch diesen Gesichtspunkt erwägt Freud, ohne allerdings die entsprechenden politischen Konsequenzen daraus zu ziehen.

»Neurose wie Psychose sind also beide Ausdruck der Rebellion des Es *gegen* die Außenwelt, seiner Unlust oder, wenn man will, seiner Unfähigkeit, sich der realen Not anzupassen.« (ebd. S. 365) »Es ist kaum zweifelhaft, daß die Phantasiewelt bei der Psychose die nämliche Rolle spielt, daß sie auch hier die *Vorratskammer darstellt, aus der der Stoff oder die Muster für den Aufbau der neuen Realität geholt werden.*« (ebd. S. 368)

Der Skeptiker Freud bleibt an dieser Stelle stehen.

IV.4 Epidemiologie – oder: Die Fiktion einer besonderen sozialen Ursache

Auf der Suche nach der Ätiologie der Schizophrenie sind seit 1940, besonders in den USA, eine große Anzahl aufwendiger statistischer Untersuchungen durchgeführt worden. Besonders hervorzuheben wären die folgenden:

Faris & Dunham: *Mental Disorders in Urban Aereas,* Chicago 1965
Hillingshead & Redlich: *Social Class and Mental Illness,* New York 1958
Langner & Michael: *Life Stress and Mental Health.* The Midtown Manhattan Study, Glencoe 1963
Leighton et. al.: *My Name is Legion. Foundations for a theory of man in relation to culture* (Stirling County Study), New York 1959.

Das Ziel war es:

1 Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Population festzustellen
2 Die unterschiedliche Verteilung in den einzelnen Schichten zu bestimmen
3 Die ätiologischen Umweltfaktoren, die mit einer Erhöhung des Risikos einer solchen Erkrankung korrlieren, herauszudestillieren.

Den Untersuchungen wurde entweder die sogenannte *Inzidenzrate* (= Anzahl der in einem bestimmen Zeitraum erkrankten Personen) oder die

Prävalenzrate (= Anzahl der durchschnittlich in einer Population erkrankten Personen) zugrundegelegt. Das ›Material‹ stellte in den meisten Fällen statistische Zahlen und in Behandlung befindliche Personen der psychiatrischen Krankenhäuser dar.
Bei aller Unterschiedlichkeit der Ergebnisse, die sich teilweise völlig widersprechen, ist eins als gesichert anzusehen: Die Rate der an Schizophrenie Erkrankten ist in der Unterschicht deutlich höher als in allen anderen.
Hollingshead & Redlich z. B. führten in den Jahren 1950–1957 im Gebiet von New Haven (237 000 Einw.) eine breitangelegte Untersuchung durch. Dabei wurde die Bevölkerung nach Kriterien wie Statusbewußtsein, Ausbildung und ökonomische Stellung, Wohngegend und ethnische Zugehörigkeit in fünf Schichten eingeteilt, von denen die Bestimmung der drei untersten lautete:
Schicht III – Angestellte, kleine Geschäftsleute, einfache Techniker;
Schicht IV – Facharbeiter, konsolidierte Einwanderer;
Schicht V – an- und ungelernte Arbeiter, Einwanderer, heruntergekommene ›Yankees‹, Slumbevölkerung.
Die Erkrankungsraten sahen folgendermaßen aus:

Bevölkerung in %

Schicht	Kranke	Nicht-Patienten	
I	1,0	3,0	
II	7,0	8,4	
III	13,7	20,4	
IV	40,1	49,8	
V	38,2	18,4	
	100,0	100,0	(χ^2: $p<.001$)
Gesamtzahl d. unters. Personen =	1 891	23 694	

Das bedeutet, daß z. B. in Schicht I 0,33% der untersuchten Personen dieser Schicht an psychischen Erkrankungen litten, während es in Schicht V bereits 2,07% sind. Das heißt:
– Je niedriger die Schicht, desto größer ihr Anteil an Patienten innerhalb der Population.
– Je höher die Schicht, desto stärker ist die Zunahme neurotischer Erkrankungen; je niedriger, desto häufiger das Auftreten von Psychosen.
– Patienten der Ober- und Mittelschicht (I + II) erhielten disproportional häufiger Psychotherapie oder machten eine Analyse mit. Patienten der Unterschicht (IV + V) erhielten meist nur psychopharmakologische Behandlung. Die Zeit ihrer Behandlung machte nur den siebten Teil der-

jenigen anderer Schichten aus, und im Krankenhaus wurde nur der achte Teil der Zeit von Oberschichtpatienten auf sie verwandt.
– Patienten höherer Schichten waren sozial wesentlich mobiler als die der Unterschicht.

Faris & Dunham fanden die höchsten Anteile von Geisteskrankheiten im Stadtkern und in den Übergangsgebieten, das sind in der amerikanischen Stadt die Viertel, die als Prostituiertengebiete, Slums und Einwandererzonen gekennzeichnet sind.
Langner & Michael kamen zu dem Ergebnis, daß vermutete organische Störungen, psychotische Störungen, pathologische Persönlichkeit signifikant häufiger in der Unterschicht auftraten, wogegen neurotische Störungen und Fehlen von Symptomatik signifikant häufiger in der Oberschicht auftraten und psychosomatische Störungen sich nicht signifikant unterschiedlich über alle Schichten verteilten.
Leighton et. al. konnten zeigen, daß außer in der größten Stadt des untersuchten Distrikts (insges. ca. 3 000 Einwohner) niedriges Berufs- und Ausbildungsniveau mit zunehmend höherem Anteil an psychischen Störungen verbunden war. Jedoch war die soziale Integration des Wohnorts von größerer Bedeutung als Berufs- und Ausbildungsniveau der jeweiligen Person.

Das Resümee dieser und anderer Untersuchungen: Man hat mit viel Aufwand personeller und finanzieller Art eine Reihe von Faktoren isoliert, die insgesamt eine ziemlich exakte Beschreibung der Unterklasse stellen:

soziale Instabilität
schlechte Wohngegend
soziale Isolation
verstärktes Vorkommen ethnischer Minderheiten
Dominanz der Mutter
verstärkte Aggressivität

In allen Untersuchungen wird mehr oder weniger eindeutig das Wertsystem des Mittelstandes zugrunde gelegt, an dem die abweichende Mehrheit gemessen wird. Dies zeigt, wie sehr den Forschern jede Solidarität mit dem Hauptgegenstand ihrer Untersuchungen abgeht: den Slumbewohnern und der Ghettobevölkerung. Wenn festgestellt wird, daß die Höhe psychotischer Erkrankungen von der ›Stabilität‹ des Distrikts abhängt und dabei ›Stabilität‹ durch Rückgang von Kindersterblichkeit, höheren Bildungsgrad und Hausbesitz(!) definiert wird, so heißt das erst einmal, daß die Unterschicht woanders lebt oder erfolgreich aus dem Distrikt vertrieben worden ist. Ein solcher Begriff dient Kundenkreditanstalten, Polizisten und Personalchefs. Unter der Perspektive der Veränderung pathogener sozialer Verhältnisse wird eine solche Korrelation: soziale Instabilität – hohe Schizophrenieraten aberwitzig; die absurde Konsequenz wäre: Vermassung des Hausbesitzes!
Aber auch wenn die Ergebnisse solcher Untersuchungen anders bewertet werden, nämlich als ein Benennen der Opfer der ökonomisch herrschenden und staatlich durchgesetzten Lebensweise des Mittelstandes, so werden

eben nur Opfer beschworen. Es ist jedoch unsinnig, den schizophrenen Slumbewohner als mißlungenen Verkaufsleiter und verhinderten Suburb-Bewohner hinstellen zu wollen. Was das Bedürfnis, was das Recht der Schizophrenen ist, läßt sich mit derartigen Forschungsparametern nicht erkennen.

Man muß allerdings fragen, wie das merkwürdige Mißverhältnis zwischen der Zähigkeit wiederholter Forschungsversuche und der so offenkundigen Hilflosigkeit, mit dem Auge der Ordnung das Chaos erkennen zu wollen, das in Gestalt lumpenproletarischer Psychotiker hereinbricht, erklärt werden kann.

Was ist das Forschungsinteresse also? Welche Vorstellungen von ›Schizophrenie‹ vermitteln diese Forschungen der Öffentlichkeit?

Augenscheinlich werden derartige Untersuchungen von dem Interesse geleitet, die ›bestimmte‹ soziale Ursache für das Auftreten von Schizophrenie zweifelsfrei zu isolieren. Ein solches Vorgehen hat innerhalb des Kapitalismus nur einen gesellschaftlichen Sinn:

1 ›Pathogene‹ Sozialfaktoren durch Investitionen der öffentlichen Hand oder von Bürgerinitiativen reformerisch zu korrigieren.

2 Zugleich soll eine eindeutige Argumentation entwickelt werden, die klar machen soll, daß der Staat sich um die zunehmende Arbeitsunfähigkeit großer Teile der unteren Klasse zu kümmern habe. Das ist eine Argumentation, die die Grundlage von Wahlreden, Petitionen, Ausschußberichten etc. sein kann.

Objektiv wird damit die Lebenssituation der unteren Klasse zum Problem des Staates selbst gemacht.

»Bei unserer Frage nach der Kultur der Armut müssen wir unterscheiden zwischen den Ländern, in denen sie nur eine kleine Minderheit betrifft, und jenen, in denen eine breite Bevölkerungsschicht von ihr erfaßt wird. Die Lösungsvorschläge der Sozialarbeiter in den Vereinigten Staaten, die sich der ›unabänderlich‹ Armen annehmen, tendieren im wesentlichen dazu, ihren Lebensstandard Schritt für Schritt zu verbessern und ihre Eingliederung in die Mittelschicht zu ermöglichen. Wenn irgend möglich, wird eine psychiatrische Behandlung empfohlen. Solche Lösungen sind in den unterentwickelten Ländern, in denen große Menschenmassen in der Kultur der Armut leben, wohl unrealisierbar. Die Psychiater sind vollauf mit der Behandlung von Angehörigen der sich ständig vergrößernden Mittelschicht beschäftigt«. (Oscar Lewis, 1966, zit. nach Basaglia, 1972, S. 67)

Die Forschungen vermitteln in der Öffentlichkeit einen Begriff der Schizophrenie, der von einem »fiktiven, alle umfassenden Mittelstand« (Basaglia, 1972, S. 130) ausgeht.

In den epidemiologischen Untersuchungen wird eine Tendenz sichtbar, wonach psychische Krankheit nicht länger als rein medizinisches Problem gesehen wird, sondern als Problem der Gesellschaft selber ins Bewußtsein dringt. Die Massenhaftigkeit des Vorkommens solcher Erkrankungen, besonders aber die hohen Schizophrenieraten der Unterschicht, verlangen im Interesse der Aufrechterhaltung des ›natürlichen‹ Gleich-

gewichts von Gesunden und Kranken eine neue Bewertung psychischer Störungen: werden sie zu *Abweichungen* der Unterschicht von den Mittelstandsnormen erklärt, so wird die Krankheit

»zum *krankhaften Verhalten*, zu einer *falschen Beziehung als Ersatz für eine inexistente Beziehung: Anlaß und Bestätigung einer Beherrschung* ... Aber wenn als Ziel, dem jede Intervention untergeordnet ist, die Kontrolle als Instrument der Beherrschung zu sehen ist, – wenn einmal die *Ideologie des Andersseins* nicht mehr ausreichen sollte, den Widerspruch zu definieren und einzugrenzen –, dann gibt es andere Mittel, das Abnorme in den Produktionsapparat einzugliedern: Die Gleichsetzung von Mehr und Weniger, von Innen und Außen, von Positiv und Negativ, von Gesundheit und Krankheit, von Norm und Abweichung ist nichts weiter als die Organisation des Andersseins im Sinne der Produktion!« (Basaglia, 1972, S. 130)

»Die Psychiatrie versteht Arbeit als einen Indikator von Gesundheit ...« (Leavy/Freedman, in: Weinberg, 1967, S. 112) und trifft sich mit der Arbeitsmedizin auf halber Strecke. In der Unterschicht ist die Neurose Kaputtheit, wird also nicht zu den seelischen Leiden gezählt, *sondern gilt als Minderung der Arbeitskraft.*

»Die Klagen unserer Patienten, daß ihr Selbstbewußtsein gedrückt ist, sind weit häufiger, wenn ihre Symptome sie hindern, zur Arbeit zu gehen. In einer Gesellschaft, wo jeder arbeitet, reicht es aus, nicht zu arbeiten, um das Gefühl von Schuld und Depression zu erzeugen. Alte Ängste, die lange Zeit latent gewesen sein mögen, werden im Hinblick darauf, ob man überhaupt fähig ist, Unabhängigkeit zu erreichen und sich zu behaupten, wieder aufgerührt. Man addiert seine existenten Gefühle der Unangepaßtheit zu einem von der Realität gezeichneten Bild von sich selbst als jemand, der unfähig ist, der fundamentalen Forderung der Gesellschaft Folge zu leisten.« (Leavy/Freedman, in: Weinberg, 1967, S. 112)

Der Kaputte kann nicht auf ein verstärktes Interesse an seiner Person rechnen, vielmehr muß er die Gefährdung seiner Reproduktionsmöglichkeit befürchten. Er befindet sich in einem Zirkel der Angst und des einsamen Kampfes gegen seine Symptome. Anders ausgedrückt: bis zu einem gewissen Grad gibt es kein seelisches Leiden für die unterdrückten Klassen, sondern nur Verwahrlosung, Alkoholismus, Verkorkstheit, Stumpfheit, Erregung usw., einfach weil das Geld fehlt, um daraus rein seelische Krankheiten zu machen und sich zugleich selbst zu reproduzieren. Die »Wendung« in die »Psychose« erscheint weniger als ein seelisches Leiden, sondern als eine Flucht ins Krankenhaus.

»Wenn man mit Patienten spricht, die dabei sind, einer Arbeit nachzujagen, so ist man immer wieder erschlagen von der Mischung aus Furcht und *Befriedigung*, die sie besonders bei der Unwirklichkeit des Gedankens der Jagd nach einem Arbeitsplatz empfinden; Arbeitsplätze sind Teil einer unwirklichen anderen Welt.« (Pine/Levinson, in: Weinberg, 1967, S. 229)

Wenn es, wie schon ausgeführt, Ziel der Untersuchungen ist, Möglichkeiten reformerischer Veränderung des bedrohlichen Zustandes zu erreichen, daß weite Teile der Arbeiterklasse durch psychische Erkrankung

dem Produktionsprozeß verloren gehen, so kommt der Frage, welcher Hypothese zur Erklärung der hohen Schizophrenieraten in der Unterschicht der Vorzug zu geben ist, besondere Bedeutung zu.

– Die ›*Drift-Hypothese*‹ nimmt an, daß die Erkrankten aufgrund ihrer Krankheit sozial ›abrutschen‹.
Genau betrachtet ist sie rassistisch. Nach ihr gilt es als natürlich, daß lebensunwertes Leben als Bodensatz der Gesellschaft verkommt.
– Die ›*These von der sozialen Isolation*‹ geht davon aus, daß in Bezirken, die mit den Begriffen ›Desintegration‹ und ›Desorganisation‹ charakterisiert werden, Psychosen gehäuft auftreten. Wenig differenziert wird auf die Sozialstruktur als verursachenden Faktor hingewiesen.
Diese Hypothese besagt im Grunde nicht mehr, als daß es in einer Mietskaserne weniger leicht möglich ist, ›sozial wertvolle‹ Kontakte zu pflegen, als in einem Einfamilienhaus mit Garten am Stadtrand.
– Die ›*Stress-Hypothesen*‹ vermuten, daß eine Anzahl von seelischen Belastungen beim Überschreiten einer bestimmten Schwelle krankheitsfördernd für das ihnen ausgesetzte Individuum wirken. Dabei wird weder ›stress‹ inhaltlich definiert (was vermutlich auch nicht geht), noch werden die Belastungen und ihre Bedeutung für den einzelnen genauer untersucht.
Der Begriff ›stress‹ mag für einen Manager eine zutreffende Bedeutung haben; Arbeiter leben in einer Situation umfassender Unterdrückung.

Für den Staat und andere private Hilfsorganisationen ergeben sich folgende Möglichkeiten des Eingriffs:

1 Legt man die ›Drift-Hypothese‹ zugrunde, so heißt das: Ausbau des Gesundheitswesens zur Früherkennung psychischer Erkrankungen und deren möglichst adäquater Behandlung. Also mehr Gemeindeschwestern, regelmäßige Routineuntersuchungen, eine Fülle von Einrichtungen, die in den Gebieten selber liegen und also leicht erreichbar sind. Ein Ausdruck dieser Hypothese ist vermutlich der verstärkte Ausbau von ›community centers‹ (gemeindenahe Behandlung) durch die Mental-Health-Bewegung in den USA.
2 Ausgehend von der ›Isolationshypothese‹ wäre die Einrichtung von besseren Arbeitsmöglichkeiten im Stadtteil, der Ausbau von Jugendclubs, Beratungsstellen für Hausfrauen, Einkaufszentren und ähnlichem zu erwägen.
3 Die ›Stress-Hypothesen‹ würden allerdings eine radikalere Lösung verlangen, gewissermaßen die allgemeine Veränderung der Lebensumstände der arbeitenden Klasse.

Für den Staat ergeben sich, wie man sieht, aus den verschiedenen Forschungsansätzen eine Fülle von Möglichkeiten. Für den psychisch Kranken selbst? Weder Gemeindeschwestern noch Sportplätze ändern etwas an seiner Situation, die Ausdruck seiner Klassenlage ist. Für ihn bedeutet all das nichts weiter, als daß er künftig eher zum Psychiater geht, wenn es ihm dreckig geht, als in die Kneipe; daß die Jugendlichen ihre berechtigte Aggression eher in fair geführten Boxkämpfen abreagieren als in Kämpfen untereinander.
Die epidemiologische Schizophrenieforschung ist auf das Dasein der Massen gestoßen und damit nicht fertig geworden. Ihre methodologische Skrupelhaftigkeit ist zu interpretieren als ein politischer Rückzug. Den-

noch stellen diese Erkenntnisse, so wenig sie auch wirklich erklären, einen tatsächlichen Fortschritt dar. Das psychische Elend wird nicht nur in seiner massenhaften Dimension zu einem öffentlichen Problem, auch für den Psychotiker ist, wenn auch noch unklar, ein Zeichen gesetzt. Er kann seine Kaputtheit vielleicht in Zukunft mit weniger Angst vor gesellschaftlicher Diskriminierung erfahren und mehr die Kraft seiner Gedanken darauf verwenden, wieso er in diese Lage kam.

IV.5 Schizophrenie und Familie

IV.5.1 Mutter und Kind

Die fast unübersehbare Forschung, die, etwa in den Jahren 1940 bis 1955, mit statistischen und empirischen Methoden einer objektiven, in Zahlen ausdrückbaren sozialen Ursache für Schizophrenie nachjagte, blieb in methodologischen Streitigkeiten stecken.
Es sind zwar in breitem Maßstabe Daten gesammelt und Korrelationen erstellt worden, aber die wirkliche Erkenntnis geht nicht über das Wissen eines Revierpolizisten hinaus, der genau sagen kann, in welchem Distrikt die Leute am kaputtesten sind. Man hätte nun erwartet, daß die statistisch umkreisten sozialen Sphären, die als ›schizophrenogen‹ galten, genauer untersucht würden. Aber der statistisch wahrscheinlichste Fall für die Schizophrenie, der isolierte ungelernte Arbeiter, der in einem Einzelzimmer inmitten des verslumten Stadtkerns wohnt und von Arbeitslosigkeit bedroht ist, wurde in seinem Einzelzimmer zurückgelassen.
Das Forschungsinteresse einer neuen Wissenschaftlergeneration wandte sich ›schizophrenogenen‹ Kommunikationsstörungen zu und hatte damit einen zufriedenstellend umrissenen Forschungsgegenstand: die amerikanische Mittelklassenfamilie. Durch ihre schon im Voraus gegebene tatsächliche Isolation wurde das, was die wissenschaftlichen Aussagen der epidemiologischen Forschung unsicher machte, die objektiven Widersprüche im Kapitalismus, gewissermaßen ausgeklammert. Auf dem Raster amerikanischer Mittelklassenvorstädte hatte man die Fälle: die Familien in den Einzelhäusern.

»Wir sind alle friedlich. Ich möchte Frieden, selbst wenn ich jemand dafür umbringen muß ... Ein normaleres, glücklicheres Kind ist wohl kaum zu finden. Ich hatte meine Freude an meinem Kind! Ich hatte Freude an meinem Mann! Ich hatte Freude an meinem Leben. Ich habe *immer* Freude gehabt! Wir haben 25 Jahre die glücklichste Ehe gehabt und sind die glücklichsten Eltern gewesen.« (Bateson u. a., 1969, S. 59)

Die schizophrenen ›Fälle‹ waren Söhne und Töchter in der Pubertät, zumeist dann, wenn sie eine bestimmte ›Rolle‹ innerhalb der Familie akzeptiert hatten (z. B. die ›Brave‹, der ›Strebsame‹). In den Fallstudien selbst wurde sehr viel über die Mütter ausgesagt, so daß es nahelag, das Konzept der »schizophrenogenen Mutter« zu entwickeln. Lidz stellt dieses Konzept zwar in Frage, nennt aber dennoch eine Kette von Charakteristika:

»Das Fehlen einer Wir-Beziehung zwischen Mutter und Kind; die Unzugänglichkeit für das, was das Kind ausdrücken möchte, in Verbindung mit hochgradiger Aufdringlichkeit und Einmischung; das Reagieren auf die eigenen Bedürfnisse so, als ob sie die des Kindes wären; die Diskrepanz zwischen verbalem und empathischem Ausdruck; das Versagen bei der Schaffung einer Ich-Abgrenzung zwischen sich und dem Kind; die übermäßige Strenge aufgrund eigener zwanghafter Ängste oder umgekehrt übermäßige Duldsamkeit aufgrund eigener zwanghafter Unsicherheit; übermäßige Erwartungen für das Kind. Weiterhin rufen auch einige Eigenschaften der Mutter nicht nur reaktives Verhalten des Kindes hervor, sondern sie werden vom Kind auf dem Wege der Identifikation mit der Mutter inkorporiert, wie etwa: Unsicherheit in ihrer Identifikation mit der Geschlechtsrolle; Mangel an Selbstachtung; Projektionsneigungen; Entstellungen der Realität, um eine einzige benötigte Situation aufrechterhalten zu können, die das eigene labile Gleichgewicht stützen soll, und ähnliche solche Entstellungen gegenüber sich selbst und anderen.« (Lidz, 1959, S. 254)

Nicht traumatische Erlebnisse, sondern Störungen der Wechselbeziehung und Kommunikation zwischen Mutter und Kind müssen als Grund für eine spätere schizophrene Entwicklung angenommen werden.

»Die psychoanalytische ... Theorie hat von Anfang an darauf bestanden, daß alle psychischen Funktionen, seien es Empfindungen, Wahrnehmungen, Denken oder Handeln, Verschiebungen von libidinösen Besetzungen zur Voraussetzung haben, die sowohl vom Einzelnen als auch von der Umwelt als Affekte und affektive Prozesse wahrgenommen werden. Mit anderen Worten, affektive Kundgebungen sind Anzeichen für Verschiebung der Besetzung; diese liefern die Motivation der oben erwähnten psychischen Funktionen. Im Säuglingsalter spielen die Affekte für die Kommunikation die gleiche Rolle wie der Sekundärvorgang [Denken und Sprechen] beim Erwachsenen.« (Spitz, 1967, S. 157)

Nach Spitz muß die Mutter fähig sein, mit dem Kind zu regredieren, bzw. »ihre Fähigkeit zur coenästhetischen [noch undifferenzierten, primitiven] Reaktion« (Spitz, 1967, S. 155) zu mobilisieren, um ein affektives Klima der gegenseitigen Zuwendung herzustellen.

»Für die Mutter bedeutet das Miterleben und Dulden des kindlichen Verhaltens ein Wiederaufleben aller der schuldvollen und zugleich köstlichen Phantasien, die sie selbst einmal hat überwinden müssen.« (Spitz, 1967, S. 143)

Ob die Mutter fähig ist zu regredieren, ohne ihre bisherige Selbständigkeit aufzugeben, oder ob sie diese Tendenz abwehrt bzw. ihr zwanghaft unterworfen ist, das liegt weitgehend in ihrer eigenen Sozialisation begründet. Da die uneingeschränkte Triebhaftigkeit des Kindes (sowohl im Hinblick auf sexuelles wie auf aggressives, auf anales wie orales Verhal-

ten) ohnehin eine Belastung für das Über-Ich des Erwachsenen bedeutet, ist darüber hinaus das Verhalten des Mannes entscheidend: Wenn die affektiven Äußerungen der Mutter mit abwehrendem oder feindseligem Verhalten ihres Mannes konfrontiert werden, wird sie kaum in der Lage sein, ein freies Verhältnis zum Kind zu entwickeln.
Die Erinnerungsspuren der ersten Beziehung, die das Kind aufnimmt, nämlich der zur Mutter, sind die Vorläufer aller späteren Objektbeziehungen. Wenn nun eine Mutter ihren eigenen Affekten sehr stark ausgeliefert ist und unabhängig von den Bedürfnissen des Kindes oder durch wechselhaftes Verhalten im Hinblick auf gleiche Äußerungen des Kindes reagiert, so bilden sich im Gedächtnis des Kindes widersprüchliche Objektvorstellungen aus.

»Dieser Vorrat von Erinnerungsspuren ist nicht geeignet, durch das Verschmelzen der auf die Mutter gerichteten Triebe zu einem einheitlichen libidinösen Objekt zu werden. Solche Erfahrungen beeinträchtigen die Bildung eines Objekts, das in Zeit und Raum mit sich identisch bleiben kann.« (Spitz, 1967, S. 257)

Die Bildung des Ur-Objekts ist also durch das wechselhafte Verhalten der Mutter unterblieben, denn

»Genetisch ist die Objektvorstellung wegen der Schwankungen, wegen des Auf und Ab im affektiven Klima der Mutter, nicht mit sich selbst identisch. Die ursprüngliche Erfahrung mit dem zukünftigen libidinösen Objekt schafft vor allem ein Erwartungsmodell. Wo dieses fehlt, muß man sich jeder einzelnen Objektvorstellung auf der Grundlage von Versuch und Irrtum nähern; das wird zum Experiment, zum Abenteuer, zur Gefahr.« (Spitz, 1967, S. 257 f.)

Die verschiedenen »Sünden« der Mutter, die Lidz oben benennt, sind im Grunde nichts anderes als die Beschreibung jener Verhaltensweisen, die mit der Stellung der Frau in unserer Gesellschaft engstens verbunden sind. Die Mutter für dieses Verhalten zu »bestrafen«, indem man ihr die »Schuld« für die Schizophrenie des Kindes in die Schuhe schiebt, heißt die wahren Ursachen auch weiterhin nicht antasten.

IV.5.2 Double-Bind

Bekannt geworden ist wohl hauptsächlich ein Ergebnis der Familienforschung, nämlich eine bestimmte schizophrenogene Kommunikationsstruktur in der Familie, genannt Double Bind oder Beziehungsfalle, oder – mehr vom Standpunkt des Patienten aus gesehen – die ›Man-kann-nicht-gewinnen‹-Situation:

»Die notwendigen Bestandteile einer double-bind-Situation sind, wie wir sehen
1 *Zwei oder mehr Personen*. Eine davon bezeichnen wir zum Zwecke unserer Definition als das ›Opfer‹. Wir nehmen nicht an, daß das *double bind* von der Mutter allein er-

zwungen wird, sondern daß es entweder durch die Mutter allein oder durch ein Zusammenwirken mit dem Vater oder den Geschwistern zustandekommt.

2 *Wiederholte Erfahrung.* Wir nehmen an, daß das *double bind* sich in der Erfahrung des Opfers wiederholt. Unsere Hypothese beschwört keine einzelne traumatische Erfahrung, sondern eine derartig wiederkehrende Erfahrung, daß die Struktur des *double bind* zu einer habituellen Erwartung wird.

3 *Ein primäres negatives Gebot.* Dieses kann zwei Formen haben: entweder (a) ›Tu das und das nicht, oder ich bestrafe dich‹, oder (b) ›Wenn du das und das nicht tust, bestrafe ich dich‹. Hier wählen wir einen Lernkontext aus, der stärker auf der Vermeidung von Strafe aufbaut als ein Kontext des Strebens nach Belohnung. Für diese Auswahl gibt es vielleicht keinen formalen Grund. Wir gehen davon aus, daß die Strafe entweder in Liebesentzug oder in der Äußerung von Haß oder Ärger bzw. – am verheerendsten – in jener Art von Verlassenheit besteht, die dem Ausdruck extremer Hilflosigkeit seitens der Eltern entspringt.

4 *Ein sekundäres Gebot, das mit dem ersten auf einer abstrakteren Ebene in Konflikt gerät und wie das erste durch Strafen oder Signale durchgesetzt wird, die das Leben bedrohen.* Dieses sekundäre Gebot ist aus zwei Gründen schwerer zu beschreiben als das primäre. Erstens wird das sekundäre Gebot dem Kind gewöhnlich auf averbalem Wege vermittelt. Körperhaltung, Gesten, Stimmlage, sinnvolle Handlungen und die in der verbalen Mitteilung verborgenen Implikationen lassen sich sämtlich zur Übermittlung dieser abstrakteren Botschaft verwenden. Zweitens kann das sekundäre Gebot gegen ein Element des primären Verbotes verstoßen. Die Verbalisierung des sekundären Gebots kann deshalb einen weiten Spielraum von Formen umfassen, zum Beispiel: ›Betrachte das nicht als Strafe‹, ›Betrachte mich nicht als Strafinstanz‹, ›Unterwirf dich nicht meinen Verboten‹, ›Denk nicht an das, was du nicht darfst‹, ›Zweifle nicht an meiner Liebe, für die das primäre Verbot ein Beispiel ist (oder nicht ist)‹ usw. Weitere Beispiele werden möglich, wenn das *double bind* nicht nur von einer Person, sondern von zweien verhängt wird. So kann zum Beispiel ein Elternteil auf einer abstrakteren Ebene die Gebote des anderen Elternteils negieren.

5 *Ein tertiäres negatives Gebot, das dem Opfer untersagt, das Feld zu räumen.* Im formalen Sinne braucht man dieses Gebot vielleicht nicht als getrennten Punkt aufzuführen, da die Verstärkung auf den beiden anderen Ebenen lebensbedrohend ist und eine Flucht natürlich unmöglich gemacht wird, wenn die *double binds* während der Kindheit aufgezwungen werden. Es scheint jedoch, daß die Räumung des Feldes in einigen Fällen durch bestimmte Mittel unmöglich gemacht wird, die nicht völlig negativ sind: unbeständige Liebesversprechen zum Beispiel.

6 Schließlich ist die komplette Serie von Einzelelementen unnötig geworden, wenn das Opfer gelernt hat, sein Universum in der Schablone des *double bind* wahrzunehmen. Fast jedes Teil einer *double bind*-Sequenz kann dann ausreichen, um Panik oder Wut auszulösen. Die Struktur der widerstrebenden Gebote kann sogar von halluzinatorischen Stimmen übernommen werden.« (Bateson, 1969, S. 17)

Soweit die Beschreibung der »Bestandteile« des Mechanismus. Es sind die Bestandteile einer perfekten Folter:

»Ein junger Mann, der sich von einem akuten schizophrenen Schub ziemlich gut erholt hatte, erhielt im Hospital Besuch von seiner Mutter. Er freute sich, sie zu sehen, und legte ihr impulsiv seinen Arm um die Schulter, worauf sie erstarrte. Er zog seinen Arm zurück, und sie fragte: ›Liebst du mich nicht mehr?‹ Er wurde rot, und sie sagte: ›Lieber, du mußt nicht so leicht verlegen werden und Angst vor deinen Gefühlen haben.‹ Der Patient war danach nicht in der Lage, länger als ein paar Minuten mit ihr zu ver-

bringen, und nachdem sie weggegangen war, griff er einen Assistenten an und wurde ins Bad gesteckt.« (Bateson, 1969, S. 29)

Oder ein alltäglicheres Beispiel:

»Eine Mutter sagt zu ihrem Sohn: ›Geh nur fort und such' dir deine eigenen Freunde, hänge dich nicht so sehr an mich.‹ Zur gleichen Zeit gibt sie aber averbal zu verstehen, daß sie sehr bestürzt wäre, wenn er sie verließe, selbst in so begrenzter Weise.« (Cooper, 1971, S. 37)

Äußerungen von Protest und Widerstand oder auch nur die Äußerung einer wahren, selbständigen Emotion sind sehr leicht kränkbar. In solchen Äußerungen gibt man sich preis und erwartet eigentlich, daß der andere wenigstens das nicht ausnützt. – Die oben zitierten Familiensituationen sind aber gerade dadurch gekennzeichnet, daß das Kind bei jedem Versuch, es selbst zu sein, auf den mächtigen anderen trifft, der sagt, ›du bist anders‹, und damit zu verstehen gibt, ›du bleibst in meiner Hand‹.

»Bis in die kleinsten Dinge hinein wird uns beigebracht, das eigene Ich zu verleugnen und an den anderen so zu kleben, daß an einem selbst Stücke von diesen anderen kleben bleiben und daß man schließlich den Unterschied zwischen dem Anderssein des Ich und dem Selbstsein des Ich nicht mehr erkennt. Dies ist die *Entfremdung im Sinne einer passiven Unterwerfung unter die Invasion anderer . . .*« (Cooper, 1972, S. 11)

Verschiedene Autoren haben bei den sogenannten schizophrenogenen Familiensituationen eine Verwischung der »Generationsgrenzen« (Lidz) und häufig »symbiotische« und inzestuöse Beziehungen festgestellt (in: Bateson, 1969). Die unmittelbaren Folgen dieser double bind-Situation:

»Wenn das Kind nun nicht eine gewisse Unbarmherzigkeit, eine Gegengewalt aufzubringen vermag, vermittels derer es den ganzen *absurden Austausch* zunichte machen kann, kann seine Reaktion nur Verwirrung und letztlich das sein, was man psychotische Verwirrtheit, Denkstörung, Katatonie etc. nennt.« (Cooper, 1971, S. 37)

Die psychologischen Folgen lassen sich derart beschreiben: die psychosexuelle Entwicklung des Kindes bleibt stecken, da die elementaren Identifikationsmöglichkeiten, die psychosexuelle Entfaltung und gesellschaftliches Lernen bestimmen müßten, blockiert werden. Die Identifikationsobjekte, die Eltern sind widersprüchlich, sie sagen ›ja‹ und vermitteln zugleich das ›nein‹. Das Kind weiß nie, was gemeint ist, weiß nie, wie es sich verhalten soll, wird sich also ständig in die Enge getrieben sehen. Das Ich bleibt daher völlig unentwickelt; um sich vor der ständigen Drohung unklarer Tendenzen anderer ein wenig in Sicherheit zu bringen, wird es »ganz automatisch mit einem defensiven Festhalten an der wörtlichen Ebene reagieren« (Bateson, 1969, S. 20). Warum? weil die Wörtlichkeit selber noch am ehesten ein ›einklagbarer‹ Tatbestand ist, ebenso wie Untergebene in Verzweiflung über absurde Befehle auf einem schriftlichen Befehl beharren. Das Ich ist derart in einer Situation des Umstelltseins befangen, die die Psychologie als ›autistisch‹ bezeichnet. Typisch ist

»eine vage innere Unruhe wegen des autistischen Erlebens, das ständig, wenn auch verschwommen, nach Bewußtwerdung drängt« (Wynne, in: Bateson, 1969, S. 70). Die widersprüchlichen Elterninstanzen werden, da man sich mit ihnen nicht identifizieren kann, introjiziert, d. h. beide Seiten des Widerspruchs werden gewissermaßen unverarbeitet verschluckt (ein oraler Mechanismus) und auf die gesellschaftlichen Verhältnisse projiziert: in allen späteren Lebenssituationen kehren widerspruchsvoll und drohend die Elternfiguren wieder.

Die Anstrengung dieser Familien- und Kommunikationsforschung scheint dahin zu gehen, den schizophrenen Prozeß – ist einmal eine double bind-Situation gegeben – als einen zwangslogischen Prozeß darzustellen, in den man gewissermaßen nicht mehr eingreifen kann. Jede Schizophrenieforschung definiert in gewissem Sinne den gesellschaftlichen Begriff von psychischer Krankheit. Was also ist das Ergebnis dieser Forschung? Der Schizophrene wird exkulpiert als Opfer, die Familie hat den schwarzen Peter.

»1 Das Individuum ist in eine intensive Beziehung verstrickt; das heißt in eine Beziehung, in der es ihm als lebenswichtig erscheint, ganz genau zu unterscheiden, welche Art von Botschaft ihm übermittelt wird, damit es entsprechend reagieren kann.« (Bateson, 1969, S. 19)

Jeder Untergebene bewährt sich gerade darin, daß er das begreift, was der Chef zwar will, aber nie öffentlich zugeben wird.

»2 Das Individuum ist in einer Situation gefangen, in der die andere Person in der Beziehung zwei Arten von Botschaft ausdrückt, von denen die eine die andere aufhebt.« (ebd.)

Der brutale Polizist handelt zwar im Sinne der Oberen, aber doch nicht immer in ihrem Auftrage.

»3 Und das Individuum ist nicht in der Lage, sich mit den geäußerten Botschaften kritisch auseinanderzusetzen«. (ebd.)

Die Botschaften der Oberen sind immer zweideutig, immer auch als das wohlverstandene Interesse der Unteren definiert.

Der prinzipielle Fehler in dem Versuch, ›das Schizophrenogene‹ herauszukristallieren, ist darin zu suchen, daß double bind und Sozialisierung als Widerspruch gesehen wird. Aber nur scheinbar stehen sich der angepaßte Normale und der Unruhige, sich absurd verteidigende Schizophrene gegenüber. Denn Anpassung ist gekennzeichnet durch »vage innere Unruhe«, durch ein »autistisches Erleben, das ständig, wenn auch verschwommen zur Bewußtwerdung drängt«; es *ist* die »Invasion des anderen«, das »Umstelltsein«. Man paßt sich nicht an etwas an, sondern verhält sich angepaßt, d. h. versucht herauszubekommen, was die gefährlichen Anpasser aller Wahrscheinlichkeit nach wollen. Der Unterschied zwischen

dem Schizophrenen und dem ›Normalen‹ liegt darin, daß der Schizophrene es schon in der Familie nicht mehr ausgehalten hat. – *Bei dem Versuch, den schizophrenen Prozeß exakt nachzuvollziehen, beschreiben die Autoren die zerstörerische Qualität der normalen Sozialisation.*

IV.5.3 Monotonie – Die Kultur als Falle

Auf der Suche nach ›Fällen‹, an denen der double-bind-Mechanismus sich exakt demonstrieren läßt, erstaunt und erschreckt das Maß an Lebenszeit, das Eltern aufbringen, um ihren Kindern die Identität wegzufoltern. Die Nachstellungen gehen bis in die Klinik.

Die Mutter bietet an, für die Freundin des Patienten Weihnachtsgeschenke zu besorgen. »Und er sagte so laut, daß man ihn bis über den Flur hören konnte – ich meine, er hat nicht gebrüllt oder so, aber er hat frei heraus gesprochen und gesagt: ›Wenn ich nicht meine eigenen Weihnachtsgeschenke kaufen kann . . ., dann ist eben nicht Weihnachten, soweit es mich betrifft.‹ Er sagte: ›Dieses Getue, alles wird für einen getan. Nichts kann man allein tun.‹ Und dann wurde er vulgär – es war das erste Mal, daß ich ihn so reden hörte – er sagte: ›Man kann nicht mal . . .‹ sagte er, ›soweit es mich betrifft, ich kann nicht mal allein zum Scheißen gehen.‹« (Bateson, 1969, S. 74)

Welche Zeit wird investiert, um den »absurden Austausch« (Cooper) von Ersatzbeziehungen aufrecht zu erhalten! – Was aber vielmehr erschreckt, ist die Öde des Konflikts, das absolute Fehlen der gesellschaftlichen Dimension. Die Monotonie der bürgerlichen Normalfamilie, der ›glücklichen‹ Ehe tritt in der Kette der Fälle hervor. Es ist unendlich kleinkariert und unwichtig, womit sich die Schizophrenen herumzuschlagen haben, um ihre Identität zu behaupten. – Anders gesehen: die erlaubten Reaktionsmöglichkeiten auf die double-bind-Situation selber sind unter den gesellschaftlichen Bedingungen einer Mittelklassenfamilie äußerst minimal. »Vulgär sein« ist schon eine Katastrophe. Die oben zitierte Reaktion des ›Patienten‹ ist nicht mehr als ein im Grunde selbstverständliches ›In-die-Schranken-Weisen‹. – Die entscheidende Frage für diesen Schizophrenen – und für die meisten Fälle – lautet: warum ist kein Mensch, keine Gruppe, keine gesellschaftliche Instanz, keine Sprache, keine gesellschaftliche Ausdrucksmöglichkeit für einen Menschen da, der ein unwahres Verhältnis zu durchbrechen versucht? Warum kann es einer »familiären Subkultur« aus »Mythen, Legenden« (Wynne, in: Bateson, 1969, S. 58), aus Verdrängungsprodukten und Rationalisierungen gelingen, ihre falsche, tödliche Wirklichkeit gegen die Wehrlosen durchzusetzen? Warum ist da niemand, der eingreift? – Wenn die Familienforscher tatsächlich ihren analytischen Ergebnissen die Treue halten, konstatieren sie eine umfassende Kulturzerstörung, eine umfassende Barbarei in Form von Familienleben.

Aus dem Brief eines Vaters an seine hospitalisierte Tochter: »Ist das nicht nett: wir haben nun zwei neue Dinge in der Familie – deine Behandlung und die Schreibmaschinenstunden Deiner Schwester.« (zit. n. Redlich/Freedman, 1970, S. 726)

Ein Blick auf die Beschreibung eines chinesischen Dorfes von Myrdal lehrt, daß da die Menschen in einen ununterbrochenen Prozeß eingreifen und sich gegenseitig korrigieren. Kultur im lebenspraktischen Sinne heißt: die Sicherheit haben, sich an jemanden wenden zu können. Kapitalistische Kultur sieht demnach so aus: Jeder psychische Ausbruchsversuch aus nicht lebbaren Verhältnissen macht den Menschen zum Objekt des Staatsapparates.

»Alle Metaphern einer ›Paranoia‹ sind ein poetischer Protest gegen diese Invasion [der anderen]. Dieser poetische Protest, dessen Qualität natürlich variiert, wird jedoch von der Gesellschaft nicht anerkannt, und wird er zu laut geäußert, so übernimmt die Psychiatrie – nach den Bildungsinstitutionen der dritte Verteidigungswall der Familie gegen Unabhängigkeitsbestrebungen ihrer Mitglieder – die Behandlung, das heißt die Psychiatrie zusammen mit Spezialschulen und Gefängnissen und einer Vielzahl anderer weniger offensichtlicher Abwehrmechanismen.« (Cooper, 1971, S. 11)

Ein Arzt über die Einweisungspraxis aufgrund von Gerichtsurteilen: »Die petition cases (Fälle, wo die Familie die Einweisung wünscht) gehen hübsch automatisch. Wenn seine eigene Familie ihn loszuwerden wünscht, muß ja etwas faul sein.« (Scheff, in: Weinberg, 1967, S. 190)

IV.5.4 Der schizophrene Schub

Nach Oltmann/Garry/Freedman (1952, S. 685) gab es keine signifikanten Unterschiede der Familiensituation Schizophrener und des Pflegepersonals. Die Familien, die sich als derartige Foltersysteme konstituiert haben, werden als *»Pseudogemeinschaften«* beschrieben, in denen der »Gefühlsaufwand mehr auf die Erhaltung des Gefühls einer gegenseitigen Erfüllung von Erwartungen gerichtet (ist) als darauf, veränderte Erwartungen richtig wahrzunehmen« (Wynne, in: Bateson, 1969, S. 48). In solchen Familien redet keiner, wie er wirklich denkt, und handelt keiner, wie er wirklich will. Diese Familien sind zumeist gespalten. Sehr oft hat ein Elternteil psychotische Züge, kann aber die Psychose auf Kosten der anderen vermeiden. Nicht eingestehbare Aggressionen und Tötungswünsche werden auf Kosten der Schwächeren verschoben. Eltern kämpfen in den Seelen ihrer Kinder gegeneinander. Sinnvoller Widerstand der Kinder wird entweder durch »kritiklose Billigung« abgefangen, oder was nicht zu billigen ist, wird verheimlicht. Aber »das, was sie zugleich als unverbrüchlich privat beschwören« versuchen die Mitglieder verzweifelt »zu antizipieren, zu erraten und heimlich zu erforschen« (ebd., S. 63). »›Engste‹ Familienbande und ›glücklichste‹ Ehen sind manchmal solche, in denen die Beziehungen am stärksten entfremdet sind« (Cooper, 1971,

S. 51). – Unsägliche, virtuose Anstrengungen, um eine Fiktion von Glück aufrecht zu erhalten. – In diesem Sinne ist das schizophrene Kind das Symptom, d. h. die Vernunft eines unvernünftigen Verhältnisses. Die Schizophrenie ist die Wahrheit über die Familie, der die Familie noch einmal entgeht, weil die Schizophrenie eine Krankheit ist. – *Was heißt also Schizophrenie?*

Bateson spricht vom »psychotischen Zusammenbruch«. Am häufigsten wird der Ausdruck *»schizophrener Schub«* verwandt. Was schiebt da, was wird da geschoben, was bricht da zusammen?

»Die Mutter hielt eine überaus kontrollierte, friedfertige Außenseite aufrecht ..., während eine der Töchter von Geburt an ein Vorbild an »Bravheit« und friedfertigem, ruhigem, völlig schicklichem Verhalten war ... Im Gegensatz dazu übernahmen der Vater und die andere Tochter Rollen, die sie selbst offen mißbilligten (Jähzorn und Gereiztheit) ... In der Spätadoleszenz wurde die ›wilde‹ Tochter passiv, ruhig und pflichtbewußt und in gewisser Hinsicht tauschte sie mit ihrer ›braven‹ Schwester die Rollen, bei der nun mit *vehementer feindseliger Rebellion* ein akut-schizophrener Schub ausbrach.« (Wynne, in: Bateson, 1969, S. 52)

Was ist das Schizophrene? Die Rebellion? Ihr feindseliger, vehementer Charakter? – Die Reaktion der Tochter ist zugleich die rebellische Wiederkehr dessen, was die Mutter verdrängte, und der Ausgang aus einer Situation, in der sie, als die ›brave‹, immer die Verliererin sein mußte. Sie war offenbar das »geeignete Objekt« zur »Symbolisierung der Konflikte und der Herabsetzung der Spannung« der anderen (Vogel/Bell, in: Bateson, 1969, S. 251). Aber ihre Rebellion wird auch von dem neutralen Soziologen als moralisch negativ bewertet. – Charakteristisch für den sogenannten schizophrenen Schub sind sehr oft gewalttätige Handlungen, die sich scheinbar ziellos gegen Vorgesetzte wenden, gegen Gegenstände der alltäglichen Umgebung.

»In einem solchen Fall bleibt als einzig möglicher Zustand die scheinbar willkürliche, plötzliche, grundlose aggressive Selbstbestätigung von seiten des Kindes. Dieses Kind, das 20, 30, 40 oder 50 Jahre alt sein mag, wird seiner Mutter gegenüber aggressiv, weil dies das einzige ihm verbliebene Mittel ist, sich von ihr loszureißen. Die rigorose Logik der Situation ist folgende: ›Wenn ich dich schlage, bin ich nicht du ... *ich* bin *ich*, weil ich *dich* schlage ... du bist du, denn indem ich dich schlage, bin ich ein anderer ... du bist ein anderer ... du ... ich bin ... Ich.‹« (Cooper, 1971, S. 36)

Die Gewalt also selber, die Rebellion ist sinnvoll. Was ist das Schizophrene? Den Fallgeschichten zufolge die Gebrochenheit der Rebellion, der Versuch, eine irgendwie gesellschaftlich akzeptable Form zu finden, durch die man sich gewalttätig löst. Ein notwendiger Versuch, um dem »sozialen Mord« (Cooper) zu entgehen, eine äußerste Anstrengung, befreiende Gewalt in sich selbst zu unterdrücken.

»Und er sagte: ›Warum muß ich denn mit ihnen reden?‹ Er sagte: ›Sind sie denn vielleicht Gott? Haben sie mich geschaffen? Bin ich verpflichtet, meine innersten Gefühle zu erzählen?‹ Ich setzte an, etwas zu sagen, und vergaß, was es war. Jedenfalls, bevor ich

etwas sagen konnte, sagte er mit *sehr beherrschter* und gefaßter und höflicher Stimme, so wie man mit einem völlig Fremden in der Straßenbahn reden würde, sagte er: ›Würdet ihr jetzt bitte gehen‹. Ich sagte zu ihm: ›Was hast du gesagt?‹ Ich glaubte, ich hätte nicht richtig gehört. Er sagte: ›Ich habe gesagt, würdet ihr jetzt bitte gehen.‹ Und ich sagte: ›Eddie, du willst doch wohl nicht, daß ich jetzt gehe. Wir haben uns die ganze Woche auf diesen Besuch gefreut, und ich weiß, du hast es auch.‹ Und er stand auf und sagte: ›Schön, wenn ihr nicht geht, muß ich es eben tun.‹ Er verließ den Raum und ging den ganzen Korridor hinunter, *so weit er überhaupt nur gehen konnte ... bis zur allerletzten Tür da unten.*« – »Dieser Wortwechsel war das Zeichen für den Anbruch einer Phase völligen Schweigens und totaler Katatonie, die erst nach 13 Monaten zuende ging.« (Wynne, in: Bateson, 1969 S. 75)

Katatonie ist hier der letzte Versuch, Gewalt zu vermeiden. – Es wäre die Gewalt eines Einzelnen gewesen. Sie hätte zu seinem sozialen Untergang führen können.

IV.5.5 Befremdender Selbstschutz

»Unserer Meinung nach stellen dabei ohne Ausnahme Erfahrung und Verhalten, wenn sie als schizophren gelten, eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können. In seiner Situation hat er erkannt, daß er sich in einer unhaltbaren Position befindet. Er kann keine Bewegung machen oder unterlassen, ohne widersprüchlichen und paradoxen Zwängen ausgesetzt zu sein. (Laing, 1971, S. 110)

Was als schizophrener Prozeß in den zumeist klinischen Fällen beschrieben wird, ist der Ausdruck dessen, daß die Rebellion, der sogenannte schizophrene Schub, keine wirkliche Befreiung gebracht hat; daß für den Schizophrenen das soziale Leben – wenn auch unter verschärften Bedingungen – weiterläuft, daß er weiterhin seine unbewußten Impulse verdrängen, verschieben, rationalisieren muß. Regression unter diesem Gesichtspunkt würde so etwas bedeuten wie die Minderung dieser Mühe. Unter dem Titel Krankheit ist es erlaubt, aggressiv zu sein.

Zu den Symptomen, die am meisten erschrecken, gehört der Wahn, die Halluzination. Sie gelten als das schlechthin Unvernünftige. Nach Fenichel (1945) hingegen kann man gerade Wahn und Halluzination als Restituierungsversuche betrachten, die es dem Kranken erlauben sollen, wieder einen Zusammenhang mit der Realität herzustellen.

»Der Verfasser von Western Romanen sitzt an seinem Schreibtisch. Plötzlich schleicht sich ein Marsbewohner von hinten an ihn heran und sagt: ›Heda, Silver!‹ Vor Schreck verfällt er in den Zustand der Starre. *Was hat ihn so erschreckt?* Der Typ hat ihn in seiner eigenen Sprache angesprochen ... Wenn jemand sich von einem anderen bedroht fühlt, der seine Isolierung durchbrechen will, macht ihn das oft sehr wütend.« (Parker, 1970, S. 25)

So beschreibt ein Psychotiker seine eigene Situation. Er beschreibt sie in einer Weise, die ihn zugleich vor Maßnahmen der anderen schützt.

Gespräch zweier Schizophrener:
Jones: Ich bin liebeskrank, hab eine heimliche Liebe.
Smith: Heimliche Liebe, wie? (Lacht.)
Jones: Ja.
Smith: Ich hab keine heimliche Liebe.
Jones: Ich hab mich verliebt, aber ich mach keiner den Hof – das sitzt darüber – sieht etwa so aus wie ich – wandert da oben rum.
Smith: Meine, oh, meine einzige, meine einzige Liebe ist der Haifisch. Komm ihm nicht in die Quere!
Jones: Wissen die denn nicht, daß ich am Leben hänge? (Lange Pause.)
Smith: Arbeitest du auf dem Flugplatz? Hm?
Jones: Du weißt, was ich von Arbeit halte, ich werd' im Juni dreiunddreißig, haste was dagegen?
Smith: Juni?
Jones: Dreiunddreißig Jahre alt im Juni. Dieses Zeug fliegt aus dem Fenster, wenn ich das hinter mir habe, äh – dieses Hospital verlasse. So kann ich nicht meine Stimmbänder wiederkriegen. So hör' ich mit Zigaretten auf. Ich bin ein Raumfahrer, selbst aus dem Weltraum, kein Beschiß.
Smith: (Lacht.) Ich bin ein richtiges Raumschiff von drüben.
Jones: Was haben sie mit uns vor?
Smith: Hm?
Jones: Was haben sie vor mit dir und mir?
Smith: Was haben sie vor mit dir und mir? Wie soll ich wissen, was sie mit dir vorhaben? Ich weiß, was sie mit mir vorhaben. Ich habe gegen das Gesetz verstoßen, so muß ich dafür zahlen. (Schweigen.)
(Haley, in: Bateson, 1969, S. 98 f.)

Das Problem ist nicht der Wahn selber, sondern die Tatsache, daß es in der kapitalistischen Kultur kaum eine Möglichkeit gibt, unbewußte Impulse zur Sprache zu bringen, ohne den eigenen Untergang befürchten zu müssen.

IV.6 Die besondere Erfahrung und der normale Fall (Antipsychiatrie)

»Ein Großteil unseres bewußten Sprachgebrauchs ist kaum mehr als ein blasser, piepsender Abklatsch der seltsamen, dunkelertönenden Stimme unserer Träume und der präreflektiven Formen des Bewußtseins.« (Cooper, 1972, S. 22)

Es gibt wenige Psychiater, die in ihren Behandlungsobjekten den Menschen erkannt haben und sich mit deren Konflikten identifizierten. Sowohl Laing als auch Cooper haben sich in ihrer Identifikation mit den Wahnsinnigen radikalisiert.

»Wir sind sozial darauf trainiert, die totale Versenkung in den äußeren Raum und in die äußere Zeit für normal und gesund zu halten. Versenkung in den inneren Raum

und in die innere Zeit gilt als antisozialer Rückzug, als Abweichung, als krankhaft, per se pathologisch und gewissermaßen diskreditierend ... Wer in das ›Innere‹ eingedrungen ist, wird sich (wenn er dies erfahren darf) unterwegs finden auf einer Reise, die er unternimmt oder durch die man ihn führt. Aktiv ist da von Passiv nicht klar zu unterscheiden. Diese Reise wird erfahren als ein Schreiten ins ›in‹, als ein Schreiten rückwärts durchs eigene Leben, in und zurück und durch und hinein in die Erfahrung der Menschheit, vielleicht weiter ins Wesen der Tiere, Pflanzen und Mineralien.« (Laing, 1971, S. 115)

Nur sind die meisten Menschen hilflos und unerfahren in dem unbekannten Gelände:

»Sie versuchen, Haltung zu bewahren durch Kompensierung ihrer Verwirrung, durch Projektion (Übertragung von Innerem nach außen) und Introjektion (Import von äußeren Kategorien nach innen). Sie wissen nicht, was los ist, und wahrscheinlich wird es ihnen niemand beibringen.« (Laing, 1971, S. 114)

Wer demzufolge in der Lage ist, die Psychose als eine Reise (trip) zu praktizieren, wird den Weg eines »natürlichen Heilprozesses« (ebd., S. 116) beschreiten. Wo aber steht er, wenn er von der Reise wiederkehrt? – Dieses Konzept der Reise in den inneren Raum ist verführerisch. Aber sind die Erfahrungen, die da gemacht werden, die wirklich neuen Erfahrungen? Wem erschließt sich überhaupt der »innere Raum« als eine Möglichkeit in einer Gesellschaft, die durch Klassen getrennt ist? Ist diese Möglichkeit nicht für die konzipiert, die das Privileg besitzen, über Zeit zu entscheiden, für die die Zeit selber die Wahl von Lebensformen einschließt?

Ohne die Fragen abzutöten, soll hier der ›Normalfall‹ zitiert werden, der unter die Nummer 14 des Einweisungsbogen in die Nervenheilanstalten fällt (›*antriebsschwach*, modulationsgehemmt, affektlahm‹):

»Eine 26 Jahre alte Mutter wurde schizophren, als sie mit ihrem fünften Kind schwanger ging und als ihr Mann, von dem sie äußerst abhängig war, Tag und Nacht außer Haus blieb, sich im Geschäft aufhielt und ihr keine Aufmerksamkeit schenkte. Die Patientin sagte: ›Das erste Mal war ich krank, als ich entdeckte, daß ich im 4. Monat war mit meinem fünften Kind. Ich sorgte mich sehr. Denn gerade zu der Zeit, *plötzlich* wurde mir auch die Arbeit zu viel. Schaun Sie mal, neben den vier Kindern und der Hausarbeit mußte ich noch das Haus renovieren, draußen und drinnen. Ich war sehr ehrgeizig. Aber ich mußte alles allein machen. Deswegen, als ich merkte, daß ich schwanger war, dachte ich, ich könnte die Verantwortung nicht mehr tragen. Das geschah sechs Monate danach, als mein Mann ein eigenes Geschäft aufgemacht hatte. Er wurde äußerst geschäftig. Er mußte am Morgen um vier Uhr aus dem Haus und beendete seine Arbeit erst neun oder zehn Uhr abends. Wir konnten kaum miteinander reden. Das war zuviel für mich. Ich mußte das Haus verlassen und wohin gehen, wo ich nicht soviel Verantwortung tragen müßte. Aber mein Mann hätte dem nicht zugestimmt. Dann wurde ich krank.« (Lu, Yi-chung, in: Weinberg, 1967, S. 98)

Vor diesem Beispiel blamieren sich die geistvollen Schizophrenietheorien. Hier sind zwar auch psychologische Erklärungen möglich, aber die wirklichen Probleme liegen woanders. – Warum gibt es keine Solidarität unter

den Nachbarn? Warum verhält ihr Mann sich nicht solidarisch? Warum kann man sich an niemanden wenden? – »Dann wurde ich krank«: das klingt wie das Ergebnis einer Kalkulation darüber, welcher Ausweg der schlimmere sei. – Von diesem Beispiel her gesehen, ist der Radikalismus der *Antipsychiatrie* von Laing und Cooper abstrakt und elitär. Sie geht an der Klassennatur des seelischen Leidens vorbei. Denn die Psychose selber ist ein ideologisches Produkt der kapitalistischen Gesellschaft, insofern in ihr das als psychischer Konflikt erscheint, was das Problem der Unterdrückten selbst ist. – Das Angebot des radikalen Antipsychiaters, Reisegefährte zu sein, muß mit Mißtrauen betrachtet werden.

IV.7 Solidarität ganz unten

Nach der fortschrittlichen Schizophrenietheorie sind diejenigen einem Degradierungszeremoniell unterworfen, die gegen ihre Sozialisationsbedingungen revoltieren. Sie werden ihrer Menschlichkeit beraubt, in totalen Institutionen verwaltet, vegetieren ganz unten. Auch die fortschrittliche Psychiatrie sieht sie von oben, sieht von oben in die ›Unruhigen‹-Abteilung. – Wir müssen es lernen, von unten her zu denken.

»Die Leute [in der Rekonvaleszenten-Abteilung für Frauen] sind tatsächlich nicht sehr freundlich. In der Unruhigen-Abteilung kann man's gar nicht vermeiden, freundlich zu sein, weil man ja mit allen zusammen eingeschlossen ist. Die Patienten da sind krank und müssen einander kennen. In der Rekonvaleszenten-Abteilung denkst du immer nur an dein eigenes Geschäft und du bist auch nur an dir selbst interessiert. In der Unruhigen-Abteilung denkt man aneinander. Man versucht sich gegenseitig zu helfen. Man entdeckt, daß der andere vielleicht kränker ist als man selbst. Zum Beispiel, in der Unruhigen-Abteilung herrscht immer große Zigarettenknappheit. Ich rauch zwar nicht, habe aber meinen Mann jedesmal gebeten, Zigaretten mitzubringen für die anderen Patienten.« (Pine/Levinson, in: Weinberg, 1967, S. 227)

V Totale Institution und Klassencharakter der Psychiatrie

V.1 Parteinahme für die Gesundheit – alter Stil

»Schwankt die *Differentialdiagnose* zwischen Psychopathie und Psychose, so braucht nur die Reaktionsweise der Umwelt, der Grad der Erbitterung, des Ärgers, des Bedauerns und Mitleidens auf der einen Seite oder deren Fehlen auf der anderen Seite in die Waagschale geworfen zu werden, um in Zweifelsfällen die richtige Entscheidung treffen zu können.« (Schulte, 1958, S. 67)

Der zitierte Psychiater plädiert auf der anderen Seite für Psychotherapie, Arbeitstherapie, Gruppentherapie etc.

»In dem Falle psychisch bedingter Abweichung (mental disorder) muß die psychiatrische Diagnose als einer der entscheidenden Schritte angesehen werden, durch den die soziale *Abwehrreaktion organisiert und aktiviert* wird ...« (Scheff, in: Weinberg, 1967, S. 184)

Die Diagnose hat dieselbe gesellschaftliche Funktion wie die Subsumption unter die Tatbestände des StGB. Hier wie dort gibt es zwei berufsmäßige Begründungsverfahren: die ›herrschende Lehre‹ und das ›gesunde Volksempfinden‹ der ›gesunden Umwelt‹.

Die Hauptbetätigungen der klassischen Psychiatrie bis auf den heutigen Tag lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 1. Sammeln von Fällen; 2. Klassifikation der Symptome und Krankheiten; 3. Applikation der Terminologie, die Produktion der Fälle. – Allenthalben wird von Fachleuten beklagt, daß sich eine einheitliche Terminologie der Psychiatrie bislang noch nicht entwickelt habe. Auf den ersten Blick ist die Lehrmeinung über das, was Schizophrenie sei, überhaupt nicht zu eruieren. Es gibt einen Pluralismus von »schizophrenen Grundstörungen«, von »Symptomen ersten Ranges«. Es gibt den »einfachen« und den »wellenförmigen Verlauf der Schizophrenie«, es gibt aber auch den »atypischen Verlauf«. Typisch sind bizarre Wahnproduktionen der Kranken, häufiger ist aber das schnelle Absinken der Leistungskurve. *An zwei Punkten wird aus dem Pluralismus der Psychiatrien die Psychiatrie: 1. bei den »geläufigen klinischen Fällen« und 2. bei der Frage, wie erkennt man den Psychotiker.* Wie der Psychotiker aus der Umwelt zu selektieren sei, ist allen geläufig:

»Diesen Kranken fehlt auch der Sinn für Situationskomik, für Humor ... Der Mangel an persönlicher Anteilnahme, an altruistischem Interesse, an Kameradschaftlichkeit, die Unfähigkeit, erwiesene Aufmerksamkeit zu bemerken ... autistische Verkapselung ... mangelnde Aktivität ... Egozentrizität!« (Krauss, 1971, S. 133)

»Der Schizophrene ist und bleibt ein Fremder. Von diesem Eindruck wird das Verhalten der Umwelt geprägt. Die *endogene Selbstherrlichkeit*, mit der die meisten Psychosen auftreten und verlaufen, ist ein Faktum, das Distanz bedeutet.« (Schulte, 1958, S. 66)
»Langsames Veröden und symptomarmes affektives Abgestumpftwerden mit Initiativverlust« (Weitbrecht, 1963, S. 365) – und immer wieder *Feindseligkeit*.

Die Zitate ließen sich endlos vermehren. Das terminologische Chaos hat seinen Sinn. Es ist die Tarnung der politischen Funktion der Psychiatrie: den Kranken zum Objekt staatlicher Maßnahmen zu machen bis hin zu seiner sozialen Ermordung. Der Kampfcharakter der Psychiatrie verrät sich in einem Vergleich:

»Unsere vornehmste Aufgabe als Psychiater ist es, ›am Feind‹ zu bleiben, d. h. die Krankheit als solche weiter aufzuklären und behandeln zu lernen, und nicht nur das vom Feind okkupierte Land (das Kranksein, den kranken Menschen) zu betrachten.« (ebd., S. 361)

Der Kranke ist immer noch der Besessene.

»Wir dürfen vor lauter Faszination durch den schizophrenen Menschen in seiner abgewandelten Welt und der ›Begegnung‹ mit ihm nicht vergessen, danach zu suchen, was ihn denn zum schizophrenen Menschen werden ließ: die schreckliche Krankheit.« (ebd. S. 361)

Symptomatisch für die Psychiatrie ist die offene oder versteckte Warnung vor dem Faszinierenden der Schizophrenie. Was fasziniert da, wenn nicht ein bestimmter Sinn? Wir haben keine Sprache für das, was der Schizophrene will. Es darf auch nicht zur Sprache kommen.

»Dem Schizophrenen fehlt überhaupt ein Ziel im Sinne des Gesunden«. (Bleuler, 1960, S. 372)

Derartige Scheindefinitionen werden durchweg in den meisten psychiatrischen Lehrbüchern gebraucht. Ihrem Inhalt nach sind es rituelle Beschwörungen: Der Schizophrene ist ein Schizophrener. Der Kranke ist krank.

Das ist keine Definition des Kranken, das ist ein Abwehrmechanismus des Psychiaters. In dieser Definition steckt insgeheim die Beteuerung, daß er als Psychiater nicht die Front wechseln wird, daß er auf der Seite der Gesundheit bleiben wird.

»Die Notwendigkeit, sich selbst und seine Angehörigen zu unterhalten, und der Zwang, seine Bedürfnisse und Wünsche über das Existenzminimum hinaus zu befriedigen, ist nicht der einzige mächtige Zwang, der Menschen arbeiten läßt. Ein Mensch, der nicht arbeitet, wird entweder als krank oder als moralisch verwerflich betrachtet.« (Leavy/Freedman, in: Weinberg, 1967, S. 112)

»Die Psychiatrie versteht Arbeitsfähigkeit als einen Indikator für Gesundheit« (Leavy/Freedman a.a.O.) und umgekehrt die Unfähigkeit, diese Arbeitskraft zu verkaufen, als Krankheit. Aber was heißt Arbeitsunfähigkeit?

»Bis vor etwa 10 Jahren (vor seiner Hospitalisierung) war er Geschäftsführer einer großen Speditionsfirma. Er war sehr ehrgeizig und hatte allgemein ziemlich konventionelle

Vorstellungen, war stolz darauf, daß er ein gutes Einkommen hatte, jedes Jahr einen Wagen kaufen konnte etc. *Dann aber bekam er das Gefühl, daß er und seine Vorgesetzten nicht übereinstimmten*, er bat in rascher Folge in jeweils andere Abteilungen der Firma versetzt zu werden. Seine Schwester, beunruhigt über diese Schwierigkeiten, konnte nicht herausfinden, was an ihm nagte. Schließlich entschloß er sich einfach, überhaupt nicht mehr zu arbeiten ... er blieb müßig zu Hause, überzeugt davon, daß die Firma sich entschuldigen würde ...« (zit. n. Redlich/Freedman, 1970, S. 700)

Eine offenbar aufsässig werdende Arbeitskraft. Die Diagnose: Paranoia. Die deutsche Psychiatrie würde den Zustand der Arbeitskraft noch genauer charakterisieren und die Differentialdiagnose »psychopathischer Querulant« versuchen. – Wir behaupten, daß in jeder psychiatrischen Diagnose erspürt und bestraft wird die Weigerung (wie auch immer sie sich ausdrückt) des betreffenden ›Falles‹, weiter mitzumachen, weiter die Arbeitskraft zu verkaufen. – Die Parteinahme für die Gesundheit ist eine Parteinahme für die Interessen des Kapitals.

»Sie [die Schizophrenen] kennen auch nicht das Gefühl der Verpflichtung, die etwa aus der *Rücksichtnahme des früheren oder jetzigen Arbeitgebers* oder aus einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme des Arztes natürlich und angemessen wäre. (Krauss, 1971, S. 133)

Die Psychiatrie – als die Heilige Inquisition der seelischen Gesundheit – ist eine der kapitalistischen Gewaltapparaturen, die zugleich die Aussichtslosigkeit von Widerstand vermitteln.

»In einem besonders tragischen Fall ließ sich ein Vertrauensarzt durch diese Verhaltenseigentümlichkeiten täuschen, vermutete eine psychopathische Arbeitsscheu und setzte dem Patienten massiv zu. Auf der Station konnte an der Diagnose einer endogenen Depression bei dem früher besonders (!) arbeitsamen und leistungsstrebigen Handwerker kein Zweifel sein. *Der Fall nahm einen chronischen Verlauf* ... Der Vertrauensarzt erwies sich als unbelehrbar und setzte dem Kranken weiter zu. Dieser endete durch Suizid.« (Blankenburg, 1971)

Wenn die Psychiatrie ein Auge zudrückt, liegt dasselbe System zugrunde wie bei dem ärztlichen Kunstfehler:

»Ein älterer Neapolitanischer Schuhflicker kommt in eine Nervenklinik mit einer weitschweifigen Geschichte in gebrochenem Englisch. Seine Aufzählung der Beschwerden wandert von Kopfschmerzen und Schwerhörigkeit bis zu einer alten Frau, die ihn krank gemacht hat. Er wird zur neuro-psychiatrischen Abteilung gebracht mit dem Vermerk ›Verdacht auf Psychose‹. Untersuchungen fördern nichts als irrelevante Details über den Feind zu Tage, wie und warum sie ihn krank wünsche. Die Indikation lautet auf Verfolgungswahn.« Wird zurückgeschickt, er solle sich um einen Dolmetscher kümmern. Der Dolmetscher erscheint und erklärt, der Mann sei ungebildet und abergläubisch und glaube, er sei durch einen bösen Blick verhext, ein Glaube, der für neapolitanische Verhältnisse nicht ungewöhnlich sei.« (Weinberg, 1967, S. 163)

Es war keine Paranoia, es war Aberglauben. Der Fall löst sich in Wohlgefallen auf, denn diese Arbeitskraft ist wertlos. Wie aber wäre es einem 30jährigen neapolitanischen Arbeiter ergangen, der am Fließband den

bösen Blick verspürt? – Es sollte kein Zweifel bestehen, daß die Funktion der Psychiatrie den Massen bewußt ist.

»Es ist nun genau anderthalb Jahre her, daß ich meinen Zusammenbruch erlitt. Ich hatte, was die Ärzte eine Depression nennen. Ich war trüb und schlaff und langsam im Denken und Handeln. Aber trotz allem nahm ich wahr, was um mich herum vorging. Und als der Arzt, der gerufen worden war, eine ›Institution‹ erwähnte, wußte ich, was gemeint war. Ich erinnere mich noch, wie meine Mutter zusammenzuckte, als das Wort ausgesprochen wurde, und wie sie ausdrücklich widersprach, dem Vorschlag zuzustimmen. ›Institution‹, das bedeutete ein Vergehen und Gericht und meine Mutter war entschlossen, daß ich, ihre Tochter, niemals durch ein Gericht gebrandmarkt werden soll.« (Weinberg, 1967, S. 183)

V.2 Totale Institution von innen (I) – »Die Ärzte wissen nichts«

»In einer psychiatrischen Klinik trifft man selten eindeutig tiefe, schlichte Depressionen. Oft trifft man trotziges Sichverbeißen, noch öfter unechte Züge, ein Sich-hinein-Legen, eine förmliche Leidensseligkeit. Ja, man findet auch Selbstbespiegelungen, Ausbeutung des Kummers, um mit dem Arzt zu reden und immer wieder reden zu können, endlich deutliches Sich-interessant-Machen bis zum reinen Theater.« (Schneider, 1962, S. 353)

Das ist die Psychiatrie vom Standpunkt der großen Visite. Die Geste ist feudal. Den Patienten wird ein Mangel an Treuherzigkeit vorgeworfen. Pflegerweisheit:

»Ein schlechter Arzt wird Psychiater. Wir kennen den Patienten viel besser als die Ärzte. Die lassen sich ja nie sehen. Sie wollen ja nur mit der Visite durchkommen und tun ein wenig freundlich. Sie kennen nichts und schreiben Bücher.« (zit. n. Helmprich/Kisker, 1968, S. 438)

Der Psychiater in der Klinik hat allen Grund, bei der Visite ein »Sich-interessant-Machen« der Patienten zu vermuten.

»Schreien, Brüllen, lautes Verhalten sind ganz allgemein Manöver in der Jagd nach Aufmerksamkeit oder genauer der Suche nach Zuwendung.« (Rosen, 1964, S. 139)

Die Grundenttäuschung liegt für den Patienten darin, daß er sich nach der ersten Exploration vom Psychiater ein Interesse versprochen hat.

»Die meiste Zeit verbringen die Patienten damit, die Ärzte zu treffen.« (Bericht einer Beschäftigungstherapeutin)

Dem Patienten sind seine bürgerlichen Rechte genommen, er hat seine Habe abgegeben, seine Lebensmöglichkeiten sind beschnitten oder tauchen nur als Surrogat in Form der Musik-, Reise-, Beschäftigungs-, Spiel-, Gruppentherapie etc. auf. Gäbe es auch nur im entferntesten so etwas wie einen bürgerlichen Zustand in den Kliniken, d. h. einen vertragsähnlichen, auf Tausch beruhenden Zustand, dann müßte es so etwas wie ein Recht auf ärztliches Interesse geben. Doch man kann annehmen, daß das

institutionalisierte Interesse anders aussieht, es ist nicht so sehr am ›Bestand‹, sondern vielmehr an den ›Aufnahmen‹ interessiert.
Gruhle bei seinem Ausscheiden aus dem Württembergischen Landesdienst:

»Die Zahl der an der Anstalt zu beschäftigenden Ärzte dürfte in einem Verhältnis anzusetzen sein, das keineswegs nur den Bestand, sondern auch vor allem die Aufnahmezahlen berücksichtigt. Bei einer Anstalt, die bei einem durchschnittlichen Bestand von 1000 Kranken 500 Aufnahmen im Jahr hat, würde ich folgende ärztliche Besetzung für ausreichend halten:
1 Direktor
1 Arzt für körperliche Krankenstation mit 60 Betten und laufenden Kuren
1 Arzt für die Poliklinik und außerdem 100 Betten
1 Arzt für die Röntgenstation und außerdem 140 Betten
1 Arzt für die Außenfürsorge und außerdem 100 Betten
3 Ärzte für die sonstigen Abteilungen mit je 200 Betten.
8 Ärzte für 1000 Betten.
Wenn der Direktor bei einer Belegung von 1000 Betten wöchentlich je einmal auf der Männer- und Frauenseite große Visite macht, an der sich alle Ärzte beteiligen, so genügt das.« (Gruhle, zit. n. Degwitz/Schulte, 1971, S. 175)

Ausdrücke wie ›Bestand‹ und ›Patientenmaterial‹ werden zum großen Teil in psychiatrischen Aufsätzen gebraucht, und es sind dabei durchaus nicht reaktionäre Aufsätze. Sie sind sprachlicher Reflex dessen, was in der modernen Psychiatrie ›totale Institution‹ genannt wird.
Das Kennzeichnende der großen Anstalten ist erst einmal, daß die Arztfunktion verschwindet unter dem Besitz umfassender Gewalt.

»Das legale Mandat des Arztes über das Schicksal der Patienten sowie seine institutionelle Macht über Teile des Personals statten ihn automatisch mit der Autorität aus, welche andere Helfer sich meist erst in der tatsächlichen Interaktion mit den Klienten erobern müssen. Hinzu kommt, daß, während das psychiatrische Wissen den Psychiater häufig nicht zu konkreten Voraussagen über das Verhalten der Patienten befähigt, dieselbe Unwissenheit ihm einen breiten Interpretationsspielraum bietet. Durch *post hoc* getroffene Modifikationen und Einschränkungen seiner Analyse kann der Psychiater ein Bild von der Entwicklung des Patienten konstruieren, welches kaum leichter zu widerlegen als zu beweisen ist, so z. B. wenn ein unerwarteter psychotischer Schub so interpretiert wird, als fühle der Patient sich nunmehr sicher und stark genug, um seine Psychose auszudrücken. Diese unerschütterliche Autorität wird durch die aus der medizinischen Tradition resultierende Macht des Psychiaters ergänzt: nämlich durch die ›klinische Erfahrung‹. Diese magische Qualität spricht jener formal legitimierten Person, welche die längste Erfahrung mit der in Rede stehenden Art von Fällen hat, im Zweifelsfall oder bei geteilten Meinungen das letzte Wort zu, und diese Person ist meist der dienstälteste anwesende Psychiater.« (Goffman, 1961, S. 369 f.)

Der Psychiater ist in diesen Anstalten nie wirklich Psychiater. Er kann ein therapeutisch vorgehender Machthaber, ein menschlicher Machthaber oder ein reiner Machthaber sein. Solange die Machtverhältnisse in den Kliniken gegeben sind, wird auch die fortschrittlichste Therapie für den Patienten, der gezwungen ist, von unten her zu denken nie wirklich The-

rapie sein, sondern allenfalls ein größerer Spielraum. Richtige Therapie oder falsche Therapie: in den Anstalten werden die Unterschiede minimal bleiben solange Therapie überhaupt *eine* Form von Machtausübung innerhalb der totalen Institution bleibt. Richtige oder falsche Exploration: auch dieser Unterschied ist äußerlich gegenüber der Tatsache, daß die Exploration selber ein Unterwerfungsvorgang ist. Der Unterworfene wird nie die Wahrheit sagen wollen und können.

»Wie Dinge und Besitz ist auch die Entscheidungsbefugnis (Jurisdiktion) bestimmt auf der Basis der Arbeitsteilung; sie werden damit zu scharf umrissenen Symbolen von Prestige und Autorität. Nicht nur, daß jeder gern den Psychiater spielt; in einer Nervenklinik ist das ›Recht auf Interpretation‹ ein hartumkämpftes Symbol von äußerster gesellschaftlicher Bedeutung.« (Khane, zit. n. Weinberg, 1967, S. 206)

Es ist das klassische soziologische Kennzeichen aller hierarchischen Verhältnisse, daß man, je höher man im Rang steigt, umso weniger über die Persönlichkeit und die Tätigkeit der Untergebenen weiß. Je mehr man über jemanden zu sagen hat, desto weniger weiß man über ihn.

»In den Nervenkliniken nimmt unter dem Klinikpersonal der funktionale Status und der gesellschaftliche Rang zu in direkter Proportion zu der Entfernung vom Patienten und in umgekehrter Proportion zu der Zeit, die für ihn verwendet wird.« (Kahne, in: Weinberg, 1967, S. 203)

So gilt es bei den Pflegern als anstößig und Anzeichen einer feindlichen Gesinnung, wenn sich jemand besonders um den Patienten kümmert. Wenn derart der Zweck der Anstalten völlig verkehrt wird, ist das zynische Resümee angebracht:

»Eine der Hauptthesen bei der Erforschung der Klinikverhältnisse ist, daß die Gesundung eines Patienten in einer Klinik nicht von den spezifischen Behandlungstechniken abhängt, sondern . . . von dem sozialpsychologischen Charakter der Klinikgesellschaft selber.« (Pine/Levinson, in: Weinberg, 1967, S. 219)

V.3 Totale Institution von aussen

Kritik und Begriff der totalen Institution haben sich in den USA entwickelt. Die Kritik ist bestimmt durch die Erfahrung des Faschismus. Sie richtet sich in der Hauptsache gegen die großen Anstalten bzw. Asyle, die im Laufe des letzten Jahrhunderts außerhalb der Städte und damit – durchaus absichtlich – abseits vom Kapitalismus gegründet wurden. Diese Stätten haben sich dem Sprachgebrauch der Massen als die letzte Existenzform vor dem Tode eingeprägt. – Der Zweck der Unterwerfung des Kranken war immer bewußt, wenn sich auch in der Geschichte die Begründungszusammenhänge änderten. Der konterrevolutionäre Psychia-

ter formuliert vermutlich im Gegenschlag zu den Fortschritten der Französischen Revolution:

»Um den Kranken zu unterjochen, muß man ihm zuvorderst jede Stütze rauben, damit er sich hilflos fühlt. Man entferne ihn von seinen Verwandten, aus Haus und Vaterstadt und bringe ihn in ein unbekanntes Tollhaus.« (J. Ch. Reil, 1803)

Hundert Jahre später ist die Argumentation etwas mehr vom Standpunkt des Arztes bestimmt. Der Tatbestand bleibt der gleiche:

Der »Heilzweck« der Anstalt kann nur gewährleistet werden, wenn sie »zunächst den Kranken mit einem Schlage (!) *den Einwirkungen jener täglichen Reize entzieht*, wie sie allzu oft mit seinem Berufsleben, in der Sorge für das tägliche Brot auf ihn einstürzen.« (Kraepelin, 1896)

Die gesellschaftliche Einbettung der Anstalten bzw. der gesellschaftliche Ort der Patienten selber war durchaus nicht eindeutig. So gab es im 19. Jahrhundert eine starke Tendenz in der Krankenversorgung, die gewissermaßen den regredierten Patienten mit der Idylle einer gesellschaftlichen Regression entgegenkam: die sogenannte »koloniale Verpflegung der Irren«, die »agricole Kolonie«. 1929 konnte noch formuliert werden:

»Großer Grundbesitz erleichtert die Krankenbeschäftigung« (Simon, 1927)

Diese Tendenz wurde um die Jahrhundertwende zurückgedrängt durch die reine Bettenbehandlung. So sagt Kraepelin:

»Die heutige Irrenanstalt ist ein Krankenhaus wie jedes andere, mit dem einzigen, durch den Zustand ihrer Bewohner geforderten Unterschiede, daß Eintritt, Behandlungsart und Urteile vor den sachverständigen Ärzten abhängen.« (Kraepelin, 1896)

Wenn jetzt die totale Institution zum Skandalon für die Öffentlichkeit wird, so ist es noch nicht von vornherein ausgemacht, daß sich darin auch schon ein gesellschaftlicher Fortschritt ausdrückt. Immerhin ist die Existenz der großen Asyle von lauteren und leiseren Stimmen der Kritik das 19. Jahrhundert hindurch begleitet worden:

»In einer kolossalen Fluchtburg für die Geisteskranken kann man davon sprechen, daß der Patient seine Individualität verliert. In allen Fällen, die eine Gesundung oder wesentliche Besserung versprechen, ist ein gigantisches Asyl ein gigantisches Übel und *bildlich gesprochen eine Fabrik chronischer Geisteskrankheit.*« (Arlidge, 1859)

Aber wenn jetzt die Anstalten als ärgerliches Relikt der Vorzeit entdeckt werden, so liegt die Bedeutung für den Patienten darin, daß mit der Kritik an der totalen Institution auch die Rechtlosigkeit des Patienten in den Blickpunkt gerät.

Allerdings ist gegen den Haupttenor der Kritik an der totalen Institution Einspruch zu erheben. Die totale Institution wird als vernunftwidrige Sondergesellschaft geschildert, bei der alle Lebensformen quasi resultieren aus dem ›besonderen Gewaltverhältnis‹. Was bei diesem Ansatz verlorengeht, ist die Tatsache, daß die Lebensverhältnisse in den Anstalten durchaus von den Widersprüchen des Kapitalismus bestimmt werden. Die reine Kritik an der Größe der Anstalten muß Zweifel hervorrufen, wenn sie

allein von der Vorstellung kleinerer Anstalten motiviert ist, die den »Erfordernissen einer modernen, sozial ausgerichteten Krankenhauspsychiatrie« (Flegel) gewachsen seien.

V.4 Totale Institution von innen (II) – Entkleidungsritual

»Die Karriere des vorklinischen Patienten kann als ein Modell des Ausschlusses aufgefaßt werden; anfangs hat er Beziehungen und Rechte, und schließlich, zu Beginn seines Klinik-Aufenthaltes, verfügt er kaum noch über das eine oder das andere. Die moralischen Aspekte dieser Karriere beginnen also typischerweise mit der Erfahrung des Verlassenseins, des Treubruchs und der Verbitterung. Dies gilt auch dann, wenn es für andere offensichtlich war, daß er der Behandlung bedurfte, und auch dann, wenn er, einmal in der Klinik, dieser Auffassung bald beipflichtet.« (Goffman, 1961, S. 146)

»Die Zeichen seiner früheren Existenz verschwinden in der Kleiderkammer, während des Pflegers ›Jungchen‹ nackt vor der Badewanne, sozusagen am Nullpunkt seiner Anstalts-›Karriere‹ steht. Die obligatorische ›Säuberung‹ – das ist der symbolische Tauf- und Einweihungsritus der Anstalt.« (Fischer, 1969, S. 39)

Für den von einer Stunde zur anderen seines früheren Daseins beraubten Kranken bedeuten die wenigen persönlichen Dinge, die er gerade noch bei sich hat, mehr als nur Gebrauchsgegenstände:

»Der blasse junge Mann, dessen Augen hilflos hin und her irren, widerstrebt noch immer. Es scheint, als kämpfe er um die Aktentasche *wie um sein Leben*.« (Fischer, 1969, S. 36)

›Seine‹ Sachen sind Ausdruck seiner Identität, des Menschen, der er draußen war.

»Je mehr er seine persönlichen Sachen zurückbekommt, desto normaler fühlt sich der Patient. Man stellt ihm die Umgebung wieder her, an die er gewöhnt ist, indem man ihm seine Jacke, seinen Ring zurückgibt. Man läßt ihn weniger fühlen, daß er eine Nummer ist. Man stellt seine Individualität wieder her.« (Weinberg, 1967, S. 223)

Die Kleiderkammer in der Anstalt wird so zum Symbol der Herrschaft; die Totalität der Anstalt beweist sich in der Ausübung ihrer Macht, dem Patienten seine Individualität quasi stückchenweise zurückzuerstatten.

V.5 Totale Institution von innen (III) – Zustände und Karrieren

Wenn das Eigentum die materielle Definition der bürgerlichen Person ist, dann wird der Patient erst einmal aus der bürgerlichen Sphäre ausgestoßen und entpersonalisiert. Er wird zum natürlichen Wesen, zum Körper.

Folgerichtig kann er sich gar nicht so ohne weiteres entwickeln, einen Prozeß durchlaufen, reagieren, handeln. Seine Existenzweise sind Zustände:

»Von Patienten erwartet man, daß es ihnen besser geht, schlechter geht, oder daß ihr Zustand gleichbleibend ist, und zwar in Übereinstimmung mit dem System von Regeln der gesellschaftlichen Unterwerfung, die von einem Begriff von Bedürfnissen der Patienten ausgeht, der immer kongruent mit den der Institution zur Verfügung stehenden Mitteln sein muß.« (Kahne, in: Weinberg, a.a.O., S. 203)

»Das Individuum, das schon krankheitsbedingt einen Freiheitsverlust erleidet, muß so einen neuen Körper annehmen (nähmlich den der Institution) und damit seine eigenen Wünsche, Handlungen und Ambitionen unterdrücken, die ihm gerade das Gefühl zu leben und es selbst zu sein geben könnten. Es wird dagegen zu einem Körper, *der in der Institution lebt und für die Institution lebt*, und wird damit assimiliert zu einem Teil der physischen Struktur der Institution.« (Basaglia, 1971, S. 147)

Allein, so vollends zum Objekt kann man Patienten auch wieder nicht machen. Dazu ist die finanzielle Ausstattung der Anstalten durchweg zu gering, die fast kostenlose Arbeitskraft der Patienten wird gebraucht. Darüber hinaus:

»Um ihre instrumentellen Ziele zu erreichen, erwartet die Klinik minimale positive affektive Beziehungen von ihren Mitgliedern. Patienten wie auch die Angestellten sind einem Konformitätsdruck unterworfen, der von dem ›Liebes‹bedürfnis des Systems ausgeht.« (Pine/Levinson, in: Weinberg, 1967, S. 221)

So gilt also auch in der totalen Institution häufiger das als krankhaft, was nach Widersetzlichkeit und Protest aussieht. Damit ist aber der tiefe Graben, den die Kritiker zwischen der totalen Institution und der übrigen Gesellschaft sehen, nur noch halb so tief.

»Patienten, die die angebotene Fürsorge nicht nutzen, sind eine Herausforderung, sowohl von der Interessenlage des Personals her als auch vom Klinikprogramm selber. Sobald die Fiktion einer institutionellen Allwissenheit durchgesetzt werden muß, wird ihr Verhalten oft als pathologisch angesehen. Tatsächlich aber wird ein großer Teil der Erbitterung und des Überdrusses, den die Patienten über die Anstaltsverhältnisse empfinden, völlig falsch als Depression bezeichnet.« (Kahne, in: Weinberg, 1967, S. 203)

Hinter den Toren der Anstalt beginnt nicht eine andere Gesellschaft. Für die Kranken sind die entscheidenden Kategorien nicht Drinnen und Draußen, sondern nach wie vor Oben und Unten, wenn sie in der Gesellschaft den Versuch eines selbständigen Lebens noch nicht aufgegeben haben, d. h. wenn sie damit rechnen, daß sie wieder raus kommen. So gibt es in der Klinik Karrieren: von der geschlossenen zur offenen Abteilung, von der Unruhigenabteilung zur Rekonvaleszentenabteilung etc.

»Eine andere Patientin beschrieb in liebevollen Details, wie verschiedene Patienten in der Unruhigenabteilung ein junges katatones Mädchen zu verschiedenen Veranstaltungen des Hospitals mitnahmen, um sie ›aus sich selbst herauszulocken‹. Diese Patientin charakterisierte die offene Abteilung als weniger tolerant gegenüber Krankheit und der ›normalen Gesellschaft‹ mehr ähnlich, in der die Leute zwar ›freundlich‹ seien, sich aber nicht umeinander kümmerten.« (Pine/Levinson, 1967, S. 227)

Eine offene Abteilung wird folgendermaßen charakterisiert:

»Die Patienten verstärken auch untereinander die Orientierung an die Normalität. Ein Patient, der sich befremdend verhält, wird gewarnt: ›Paß auf, oder man wird dich in die Unruhigenabteilung zurückversetzen‹ (!). Abweichung wird weniger toleriert.« (ebd., S. 228)

Die Klinik ist damit quasi eine Wiederholung der Sozialisation in verschärfter Form. Je näher der Entlassung, desto mehr wächst der Druck, die Angst vor den Lebensbedingungen ›draußen‹, die Unruhe, desto mehr verschwinden die Ansätze von Solidarität, die sich ganz unten entwickelt haben. Schutz vor den zerstörerischen Lebensbedingungen gewährt die ›totale Institution‹ nur in ihrer untersten Abteilung, wie auch die Untersten der Gesellschaft, also diejenigen, die ihre Arbeitskraft nicht mehr verkaufen können oder wollen, Nischen gefunden haben, in denen sie überleben, für eine kurze Zeit – wenn sie Glück haben.

V.6 Totale Institution von innen (IV) – Der Zwischenfall

Der Pfleger bei der Zusammenstellung der Anstaltskleidung für einen ›Neuen‹:

»›Hier‹, er nimmt eine geflickte graue Hose vom Stapel, ›das gibt's bei uns. Und Hosenträger, der Herr.‹ Er angelt ein ausgeleiertes Monstrum vom Haken. ›Die sind aber nicht zum Aufhängen da, kapiert?‹« (Fischer, 1969, S. 43)

»Um die Toiletten als ideale Verstecke für Suicide auszuschließen, hat die Anstalt, stets auf perfekte Sicherheit bedacht, diese Örtlichkeit so angelegt, daß alles, was in ihnen passiert, von außer her überwacht werden kann. Um einen anderen ›Unsicherheitsfaktor‹ zu beseitigen, ist keine Toilette von innen zu verriegeln.« (ebd., S. 68)

Die Anstalt, dazu da, den Patienten nicht nur ›vor der Umwelt‹ sondern auch ›vor sich selbst‹ zu schützen, unternimmt alles, was technisch möglich ist, um das ›freiwillige‹ Ableben ihrer Insassen auszuschließen. Verhindern kann sie es nicht.

»Je mehr Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen angewandt werden, desto größer ist die Gefahr von Gewaltakten, Entweichungen, Suiciden. Der beste Schutz dagegen ist, das Vertrauen der Kranken um jeden Preis zu gewinnen und sie zu beschäftigen. Sturheit und Herzensträgheit der Pflegepersonen treiben den Kranken in Fehlhaltungen hinein, die wir früher z. T. gerade bei Schizophrenien als Symptome der Krankheit gelernt haben, während sie in Wahrheit nur neurotische Fehlhaltungen sind, die aus falscher Seelenbehandlung der Kranken entstehen.« (Dr. Höckel, zit. n. Stierling, 1956, S. 17)

Der ›völlig unerklärliche Zwischenfall‹, der immer wieder die Routine des Anstaltsalltags unterbricht, wird als Krankheitssymptom interpretiert, sein Auftreten als Versagen des Pflegepersonals, das das ›Unvorhersehbare‹ nicht rechtzeitig erkannt hat. Er ist die ständige Latenz eines Chaos, das jederzeit hervorbrechen kann.

Der Insasse einer geschlossenen Anstalt ist nur Objekt einer Institution, und nur die Anpassung an ihre Normen und Regeln, also die Identifizierung mit ihr, bieten ihm die Möglichkeit, der Gewalt, die durch sie verkörpert wird, standzuhalten.
Der Versuch des Patienten, seinen verwalteten kranken Körper wieder als Teil seiner Persönlichkeit zurückzugewinnen, also der Wunsch, wieder Subjekt zu sein, kann daher nur durch die Zerstörung dieser Ordnung oder seiner selbst erreicht werden. Anders kann er die Freiheit nicht erfahren.

»Wo keine Alternative existiert, keine Möglichkeit der selbständigen Entscheidung, kein Weg der Übernahme von Verantwortung, bleibt als Zukunftsaussicht nur der Tod; der Tod als Auflehnung gegen nicht lebbare Lebensbedingungen, als Protest gegen das Ausmaß der Objektivierung, auf die man reduziert ist, als einzige Illusion einer möglichen Freiheit, als einzig mögliches Zukunftsplanen.« (Basaglia, 1971, S. 333)

»Die Hierarchie in der Kommunikation tendiert dazu, die persönliche Kontaktaufnahme danach zu bestimmen, welches Geschehen aufgegriffen und berichtet wird. Gewöhnlich sind es die unvermuteten ›Zwischenfälle‹, die Vorgesetzten zur Kenntnis gebracht werden. Die vielen kleinen Erfolge, die tagtäglich vorkommen, erscheinen, obwohl schon darüber geredet wird, normalerweise nicht in den Tagesberichten, und die, von denen ab und zu doch berichtet wird, können kaum gebührend bewertet werden, da sie oft nur durch eine Schwankung im Tonfall oder eine Nuance im Ausdruck erkennbar sind. Entsprechend werden in den psychiatrischen Krankenhäusern Schwierigkeiten wesentlich eher registriert als psychiatrische Erfolge, und der Telefonanruf eines Vorgesetzten bedeutet öfter die Frage nach einer Erklärung für irgend etwas als die zur Kenntnisnahme eines unter Schwierigkeiten errungenen Fortschritts.« (Weinberg, 1967, S. 205)

Die Kritiker der ›totalen Institution‹ stehen in ihrer Kritik immer noch auf dem Standpunkt der Institution. Dieser Standpunkt hat sein Recht, solange die Brutalität staatlicher Anstalten fortdauert. Aber ist dieser Standpunkt zureichend? Wie ist Veränderung denkbar, wenn das tatsächlich geschieht, was die Kritik der ›totalen Institution‹ konstatiert: daß die Patienten zum Objekt gemacht werden? Der ›Zwischenfall‹ als Element des Klinikalltags lehrt, daß da täglich gekämpft wird, daß es eine – wenn auch verdeckte – Front gibt. – Die Zerschlagung der ›totalen Institutionen‹ wird auch in der BRD nicht davon abhängen, wie man am geschicktesten die reformerischen Kräfte im Staatsapparat einspannt, sondern ob man die Front innerhalb der Klinik wahrnimmt und sich solidarisiert.

V.7 Totale Institution von innen (V) – Anstaltsartefakte

In der Kritik der herrschenden Psychiatrie wird häufig der Terminus ›Anstaltsartefakte‹ benutzt. Gemeint ist damit, daß bestimmte chronische

Krankheitsbilder und Verlaufsformen, die früher als quasi natürliche Prozesse begriffen wurden, in Wahrheit Produkte der Anstaltssituation sind. Man entdeckt, daß die ›klinischen Fälle‹ Fälle der betreffenden Klinik sind. Es mehren sich die Meldungen, wonach durch bestimmte Veränderungen der Klinik Menschen, die Jahrzehnte lang hospitalisiert waren, wieder anfangen zu leben. Das großartigste Beispiel stellt dafür die Anstalt von Gorizia dar, in der Basaglia gearbeitet hat. – Unter Anstaltsartefakten wurden häufig besonders extreme Fälle verstanden. Aber die gesamten Äußerungen der Patienten sind, wenn man will, Anstaltsartefakte. Insgeheim wird dieser Tatbestand von den Ärzten auch vorausgesetzt: die Möglichkeit der Simulation wird grundsätzlich angenommen. In der Tat muß der Patient simulieren, wenn er entweder das Interesse des Machthabers gewinnen oder wenn er ihn vom Leibe halten will. Es gehört nicht zum Verhältnis Arzt/Patient, daß der Arzt Wünsche des Patienten akzeptiert, wenn sie dieses Verhältnis selber betreffen. Andererseits kann der Patient Selbständigkeit nur dann tatsächlich entwickeln, wenn er dieses Verhältnis ändert.

»Eines Tages hörten wir, wie der Patient David Black anderen Gruppenmitgliedern zuflüsterte: ›Dies ist ein psychologischer Test. Ich mache mit ihnen einen Test, Mr. Johnson. Sprechen sie frei heraus, Mr. Wylie. Ich werde sie jetzt testen. Wo fehlts denn, Mr. Brown? Jawohl, ich bin Nervenarzt. Ich werde sie jetzt testen. ... Er ergriff das Handgelenk des anderen, zählte und legte sein Ohr an die Brustwand. ›Ach ja, Mr. Brown, es sind die Nerven. Schlagen sie die Beine übereinander.‹« (Freeman Cameron/McGhie, 1969, S. 67)

Das Kapitel, in dem dieses Beispiel auftaucht, ist überschrieben mit: »Identitätsstörung«. Die zentrale Interpretationskategorie lautet: »Zusammenbruch der Ich-Grenzen«. Aber der Patient setzt sich gleichzeitig auch sehr präzis mit seiner Situation auseinander. Er reproduziert, was der Therapeut an ihm verübt. Der reproduzierende Patient gibt zu verstehen, daß es sich der Arzt etwas zu leicht mache. Was heißt Identitätsstörung? Hier jedenfalls hat der Patient eine Methode gefunden zu vermitteln, wie wenig akzeptabel in dem Verhältnis Arzt/Patient das Patienten-Ich ist.

Wenn man das mit einbezieht, dann ist die ›Visite‹ nicht nur oberflächlich, sondern auch Terror. In dem Patienten wird jedes Mal, wenn die ›Visite‹ kommt, Hoffnung erweckt.

»Bei Visiten-Beginn wandelt sich das Verhalten der Patienten sichtlich. Patienten, die dem Beobachter unmittelbar von ihrer Gedrücktheit oder anderen Beschwerden gesprochen hatten, antworteten dem Arzt jetzt unverbindlich, daß es ihnen gut gehe. Die Patienten waren während der Visite attentiver als gewöhnlich, zugleich aber auch verspannt und wie festgenagelt ... Nach der Visite verbreitete sich bald wieder die gewöhnliche Apathie.« (Hemprich/Kisker, 1968, S. 439)

Die Visite geht an den Körpern vorbei. Notiert wird ein ›Sich-interessant-

Machen‹. Alles was Wille, Intention, Bedürfnis, Widerstand ist, erscheint als Epiphänomen des verwalteten Körpers, erscheint als abseitig, abstrus, lästig, würdelos und unwahr, als ›reines Theater‹.

»Aber der kranke Körper hat eine Funktion: Er ist für den Arzt da. Er tritt aus dem Seriendasein, aus der Transparenz heraus und wird zum opaken Gegenstand, er verdichtet sich und wird körper-haft, und zwar sobald ihm der Arzt dieses Wissen vermittelt ... Vor ihm, in seinem eigenen Körper legen sich die Widersprüche der Institution offen dar.« (Basaglia, 1971, S. 237)

Ein Märchen aus Tausend und eine Nacht: Um das Wasser des ewigen Lebens nach Hause zu bringen, muß einer einen Berg herab steigen, der von schwarzen Steinen besät ist. Die Steine flüstern, schmeicheln, schimpfen, brüllen, schreien. Wenn er auf diese Menschenstimmen hört und sich umdreht, wird er selber – wie seine Vorgänger – in einen schwarzen Stein verwandelt. – Der Begriff Anstaltsartefakt bezeichnet z. B. die katatone Starre, die außerhalb der Anstalten kaum erscheint. Bei der katatonen Starre hat der Patient alle libidinösen Besetzungen von seinen Sinnesorganen abgezogen, er ist ichlos wie in einem postnatalen Zustand. – Diese extremste Form von ›Realitätsverlust‹ und ›Ichverlust‹ ist zugleich die konsequenteste Reproduktion der Anstaltssituation. Doch die Anstalt kann auch da das letzte Wort haben:

»In einer psychiatrischen Anstalt liegen zwei Patienten unbeweglich im selben Bett. Da es an Plätzen fehlt, nutzt man die Tatsache aus, daß Katatoniker sich gegenseitig nicht stören, und steckt je zwei in ein Bett.« (zit. n. Basaglia, 1971, S. 114)

Die Wirklichkeit der Institution *ist* die Realität des Psychotikers.

V.8 Die Pfleger

Bei der Frage der Veränderungen der ›totalen Institution‹ hat die moderne Psychiatrie *ein* hemmendes Element immer denunziert. Es ist die Pflegerschaft. Sie identifiziere sich mit der custodialen Psychiatrie, unter ihr befänden sich oft Sadisten. Ihre Herkunft gilt überhaupt als zweifelhaft: Lumpenproletariat, halbkriminelle Elemente. Einmal vorausgesetzt, derartige Charakterisierungen treffen zu, was besagen sie?

(Ein »verdeckter Beobachter« berichtet)
»Am Nachmittag zum Stationsarzt gerufen, erfuhr der Beobachter eine Instruktion über ›moderne Psychiatrie‹, über die Starre der Pfleger und ihren mangelnden Kontakt zu den Patienten usw. Er richtete an den Beobachter die Erwartung auf ein kommunikatives Verhalten (›Nicht nur zum Putzen Dasein‹) und sicherte ihm für ein solches ›unpflegerisches‹ Verhalten jeden Schutz gegenüber den Pflegern zu. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Gespräch durch das Hinzutreten eines Pflegers unterbrochen.« (Hemprich/Kisker, 1968, S. 435)

Solange die ›moderne Psychiatrie‹ ihre Stimme senkt, wenn der Pfleger hinzutritt, wird der Pfleger bei seiner Verachtung der Psychiatrie überhaupt bleiben. Er identifiziert sich mit der ›alten‹ Psychiatrie wohl auch nur, insofern sie klare Verhältnisse schafft, und das heißt allemal klare Arbeitsverhältnisse.

»Früher war das viel besser, da haben die Leute noch gespurt.« »Die Patienten fallen dem Staat nur zur Last; wir müssen für sie die Steuern zahlen, damit sie hier faul rumsitzen. Tun ja nichts.« (Hemprich/Kisker, 1968, S. 438)

Auf den ersten Blick eine faschistoide Äußerung. Aber ihr Haß auf die Kranken ist menschlicher, als die interesselos vorbeirauschende Freundlichkeit der Ärzte. Sie hegen, wenn sie so reden, noch Erwartungen gegenüber den Kranken. – Solange das Neue in der Form von reformistischen Harmonievorstellungen entgegentritt, werden sie ihre Verachtung nicht aufgeben. – Solange das ›besondere Gewaltverhältnis‹ aufrechterhalten wird, und es ihre Aufgabe ist, die Ordnung aufrecht zu erhalten, gibt es tatsächlich nur ein Problem an ihrem Arbeitsplatz:

»Aggressive Szenen des Stationsalltags früherer Jahre werden in den informellen Gesprächen der Pfleger gern mit starker Gefühlsbetonung erinnert. Szenische Reproduktionen von Schlägereien mit ›Epis‹ und ›Katatonen‹ (Darstellungen der Griffe und Verletzungen usw.) waren recht beliebt« (Hemprich/Kisker, 1968, S. 438)

Der soziale Rang der Pfleger ist denkbar niedrig.

»Nach drei Tagen habe ich nun endlich meinen Schlüssel bekommen. Jetzt fühle ich mich als Mensch – bisher kam ich mir fast wie ein Patient vor.« (Fischer, 1969, S. 19)

1911: 1 Pfleger auf 4,6 Patienten

1971: 1 Pfleger nominell auf 4,85 Patienten (durch Schichtdienst und Urlaubsregelung 1:20)

1:50 (!) in den Abteilungen für chronisch Kranke.

Etwa jeder zweite Pfleger ist für seinen Beruf nie ausgebildet worden. Im Raum Frankfurt ist jeder vierte Pfleger ein ausländischer Arbeiter (wie bei der Müllabfuhr). (Spiegel, Nr. 31, 1971)

Rowland bemerkte, »daß leichtere von Geisteskranken gegen Pflegepersonen gerichtete Aggressionen, wie Ohrfeigen, Püffe usw. besonders bei den sonst ganz autistisch in sich versunkenen Patienten oft als Ausdruck einer positiv zu bewertenden Kontaktstrebung verstanden werden können.« (zit. n. Stierling, 1957, S. 17)

Solange sich ihre tatsächliche Situation nicht ändert, können Pfleger über solche Erkenntnisse nur lachen. Solange ist es von ihnen her gesehen nur rational, daß sie ihren Arbeitsaufwand beispielsweise derart verteilen:

60% Scheinarbeit
20% Aufpassen
10% Begleitung
5% Essenholen
5% Pflege Schwerkranker (Hemprich/Kisker, 1968, S. 435)

Solange das Verhältnis Arzt/Patient eine gesellschaftliche Diskriminie-

rung des Patienten bedeutet, ist vom Pfleger keine Sympathie für moderne Behandlungsmethoden, die sonst nichts ändern, zu erwarten. Denn an ihm werden die Ansprüche, Enttäuschungen und Aggressionen der Patienten ausgetragen, deren sich der Arzt entledigen kann.

»Das Personal der Nervenkliniken ist täglich konfrontiert mit den Inhalten intensivster Übertragungen und Ansprüche. Die erotischen und aggressiven Einstellungen von Patienten, verbunden mit reggressiven Ausdrucksformen, üben einen ständigen Druck auf die intellektuellen und teilweise auch auf die emotionellen Kräfte des Personals aus.« (Kahne, in: Weinberg, 1967, S. 206)

Die zukünftige Rolle der Pflegerschaft läßt sich beschreiben:
1 Ohne sie ist keine Veränderung der Klinikverhältnisse denkbar. Nicht nur in dem Sinne, daß ihr Widerstand gebrochen werden muß, sondern auch in dem Sinne, daß sie überzeugt werden müssen. Denn von ihnen wird ganz wesentlich die Kraft und auch die Fähigkeit zur Veränderung ausgehen. *Beispiel:* Bei dem Versuch von Cameron/Freeman/McGhie, zur genaueren Beobachtung und Kommunikation mit Schizophrenen ein Behandlungszentrum aufzubauen, wurde der entscheidende Durchbruch erzielt, als es gelang, das tatsächliche Wissen der Schwestern über die Schizophrenen (und damit über die Schizophrenie) produktiv zu machen. Das bloße fortschrittliche Programm genügte allerdings nicht, es mußte auch ein Weg gefunden werden: »Ein wichtiges Ereignis war jeweils die Teepause der Schwestern, zu der er eingeladen war (der Beobachter). Dabei diskutierte man die Geschehnisse auf der Station, und zwar intensiver als auf der wöchentlichen Stabsbesprechung.« (Cameron/Freeman/McGhie, 1969, S. 19) Als die Schwestern entdeckten, daß sich Ärzte überhaupt für ihr Wissen interessierten, verstärkten und systematisierten sie ihre Beobachtungen und begannen Behandlungsvorschläge zu entwickeln, die sehr viel genauer die Persönlichkeit der Patienten einbezogen.
2 Der Konservativismus der Pflegerschaft selbst hat einen progressiven Kern. Die Pfleger sind nicht so ohne weiteres bereit, den Patienten als krankes Objekt ihrer Tätigkeit zu sehen, sie stellen an die Kranken nach wie vor soziale Ansprüche, und sie haben einen sehr konkreten Begriff von der Klassenlage der Patienten. Es sind die Pfleger in dem Experiment von *Gorizia* gewesen, die die Stagnation in der Paradeabteilung der liberalisierten Klinik erkannten und zur Debatte stellten. Ihr Hauptinteresse war dabei, wie die zukünftige gesellschaftliche Rolle der Patienten verändert werden kann.

VI Der Reformismus

VI.1 »Die aktive Orientierung auf die gesunde Gemeinde (Häfner) – Rehabilitation

Die Kritik an der totalen Institution ist zugleich die Kritik an der sogenannten custodialen Psychiatrie, die den Kranken für eine Zeitlang aufbewahrt oder für immer verschwinden läßt. Das Prinzip der custodialen Psychiatrie, das nach wie vor die großen Landesnervenkliniken in der BRD bestimmt, führt notwendig zur sogenannten Drehtürpsychiatrie: der Entlassene muß alsbald erneut eingewiesen werden.
So wird seit geraumer Zeit der Rehabilitation psychisch Kranker verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt. Rehabilitation heißt: den Kranken wieder zum freien Lohnarbeiter konditionieren. Entweder versuchen die Kliniken durch Verträge mit einzelnen Firmen Arbeitsplätze zu sichern, die von ihren Patienten ausgefüllt werden können, oder sie versuchen nach der Entlassung den Kontakt und die ärztliche Kontrolle zu erhalten. Daß diese Vorstellungen in der Logik des Kapitals liegen, ist noch kein Einwand. Denn auch die freiheitlichste Therapie erspart in dieser Gesellschaft dem psychisch Kranken keineswegs, sich materiell zu reproduzieren, wenn er nicht auf die Anerkennung in dieser Gesellschaft verzichten will. Wie sieht die Rehabilitation für die ›moderne Industriegesellschaft‹ aus?

»Man hat mehr Freiheit und ist nicht so eingeschlossen. Wenn ich entlassen werde, habe ich ein Stück vorgearbeitet, weil ich draußen ja auch arbeiten muß.« – »Die Zeit vergeht schnell«. – »Ich habe halt so getan, wie es ging. Schwierig war es nicht. Der Lärm macht mir schon zu schaffen. Aber ich habe vor allem gesehen, daß es wieder geht. Vorher war ich im Büro (des Krankenhauses), das war gar nichts.« (Salm, 1971, S. 361)

Derart tonlos oder, wie es im Diagnoseschema für Schizophrenie heißt, derart modulationslos formulieren Patienten die Realität dessen, was Häfner als das Hauptziel der psychiatrischen Versorgung ansieht: »die aktive Orientierung an die gesunde (!) Gemeinde«. Diese Zitate von Patienten werden erwähnt im Zusammenhang einer Darstellung fortschrittlicher Klinikpraxis, die den Eindruck erweckt, als versuche man mit einem sorgfältig abgewogenen Programm hinfällige Geschöpfe wieder an die Realität zu gewöhnen. Das Interesse der Psychisch-Kranken ist klar, sie wollen raus. »Freiheit« ist mit Sicherheit alles das, was nicht Instituion ist. Besser seine Arbeitskraft zu verkaufen, als für die Institution zu leben. (»Vorher war ich im Büro des Krankenhauses, das war gar nichts«.)
Unterstützt die ›gesunde‹ Gemeinde die Rehabilitation?

»Es ging so mittel. Monatelang hatte ich mit andern keinen Kontakt, weil ich so wenig sprach. Das habe ich schon von Kind auf.«

Die schizophrene Situation wiederholt sich, aber die Ansprüche sind herabgesetzt.

Die Arbeitssituation? »Ich war zu langsam, gefallen hätts mir schon.« Durchschnittlich wird bei den zitierten Fällen 75% der Arbeitsleistung erbracht. Hauptschwierigkeiten sind manuelle Ungeschicklichkeiten, Lärmempfindlichkeit und Unfähigkeit, das Arbeitstempo mitzuhalten. Was als Mangel an Belastbarkeit erscheint, *ist* die Arbeitssituation sowohl der ›Gesunden‹ wie auch der ›Kranken‹. Aber die ›Gesunden‹ können nicht von den ›Kranken‹ lernen:

»Durch den guten Ruf, welchen inzwischen die Patientengruppe gewonnen hat, fürchten gewisse Arbeiter, entlassen zu werden.« (Salm, 1971, S. 362)

Durch die Einstellung der Kranken ist es den Betrieben möglich, Überstunden zu vermeiden. Der materielle Kern des guten Rufes der Patienten liegt in dem Vertrag, den die Klinik mit den Betrieben abschließt. Die Klinik als Vertragspartner verkauft die Kranken zu 2 DM Stundenlohn. Davon erhält der Patient 4 DM Taschengeld am Tag (Samstagarbeiter 5 DM). Vom Rest wird die Hälfte für den Patienten gespart, die andere Hälfte behält die Klinik ein, um so »ein Verantwortungsgefühl gegenüber der Gemeinschaft zu wecken«. Verbucht wird dieses Geld als »Erträgnisse aus der Arbeits*therapie*« (!) – Hospitalisierung ist eine Methode, billige Arbeitskraft auf den Markt zu bringen. Die Perspektive dieser »Arbeitstherapie«?

»Über eines müssen wir uns klar sein und sind es auch, daß nämlich dieser Versuch steht und fällt mit der allgemeinen Wirtschaftslage.« (Salm, 1971, S. 365)

Von 230 beschädigten Männern sind 172 entlassen worden, 110 unmittelbar vom »Arbeitstraining« aus. Bei den 166 beschäftigten Frauen waren es 119. 64 Patienten blieben: 26 wegen »mangelnder Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit«, 14 sind »leistungsschwach, hielten das Tempo nicht durch«, bei 22 verschlechterte sich ihr Zustand, 2 erlitten Arbeitsunfälle. – Der Kapitalist diagnostiziert den psychisch Kranken. Der Psychiater bestimmt den Wert der Arbeitskraft:

»Sehr viel besser ist es bei den Paranoiden, die als fleißige und angenehme Arbeitskräfte geschätzt sind, die zwar nicht viel reden, aber gleichmäßig ihre Arbeit leisten, wenn man mit ihnen umzugehen versteht. Schwachsinnige, Alkoholiker und Psychopathen bieten andere Probleme ... Vor allem der Zug zur Trägheit und Bequemlichkeit, zu einem Sich-Treiben-Lassen verschlechtert von vorneherein die soziale Prognose.« (Salm, 1971, S. 365)

Paranoiker gelten also als die Elite der Reservearmee der Arbeitskräfte. Bei guter Behandlung arbeiten sie gleichmäßig, im Kopf das System einer feindlichen und tödlichen Wirklichkeit, mit den Händen gebunden an die

Dinglichkeit der entfremdeten Arbeit. Der Unterschied zum ›normalen‹ Arbeiter gilt als gering.

Immerhin gibt es zwischen der blanken Ausbeutung der Patientenarbeitskraft und diesem ›Arbeitstraining‹ einen wichtigen Unterschied: die Patienten können ›vorarbeiten‹, sie werden nicht – wie üblich – mittellos entlassen.

Die Reinigungsleistung der Patienten der Nervenklinik Warstein erspart dem Krankenhausträger »Landschaftsverband Westfalen Lippe« im Jahr 750 000 DM an Löhnen. Insgesamt ist die Arbeitskraft dieser Anstalt 2 Millionen wert. Gegenleistung des Verbandes für 1970: 83 000 DM an Taschengeldern.

In Königslutter knüpfen Patienten für die Firma ›Solida‹ Haarschleier – Monatslohn 35 DM.

In Warstein werden Gardinengleiter für die Mescheder Firma Nölle hergestellt; Monatslohn 50–60 DM.

In Frankfurt falten Patienten Prospekte für Delacroix und Nestlé; Monatslohn 15 bis 20 DM.

In Gütersloh arbeiten Patienten für die Firma Miele. Die Arbeitsleistung wird in 5 Stufen eingeteilt. Stufe V verdient 2 DM, Stufe I 20 DM im Monat. Bei einer Arbeitsleistung von 120 Stunden kommen psychisch Kranke, wenn sie ›Spitzenverdiener‹ sind (das sind 26 von 1150 Patienten in Gütersloh), auf 17 Pfennig Stundenlohn. (*Spiegel*, 1971, Nr. 31)

Unten den gegebenen Bedingungen gibt es drei Probleme der Rehabilitation, ohne deren Lösung ›Rehabilitation‹ nur ein Schlagwort sein wird, mit dem ein brutales Verfahren der Selektion von Arbeitskräften der Öffentlichkeit verkauft wird:

1 Arbeitsplätze, die nicht von vornherein kaputt machen, wo nicht alle menschlichen Beziehungen dem Produktionsprozeß und dem Arbeitstempo geopfert werden.

2 Wiedereingliederung heißt, wie gesagt, fähig sein, die Arbeitskraft zu verkaufen. Die Möglichkeit ist aber nur dann gegeben, wenn in einem gewissen Maße eine bestimmte Berufsqualifikation erworben wird, die dem Patienten etwas von seiner Existenzangst nimmt.

3 Es müßten Anstrengungen unternommen werden, die so etwas wie eine öffentliche Solidarität mit den psychisch Kranken bewirken. Wenn das nicht geschieht, werden viele Kranke zu Recht die Klinik als eine Zuflucht vor der Feindseligkeit und Aggressivität des Alltags benutzen.

»Ich verlasse das Hospital morgen und ich fürchte mich zu Tode. Jedem gehts so, wenn er es verläßt. Draußen, da werden sich wieder die alltäglichen Enttäuschungen summieren und man ist ungeschützt. Ich bin schon eine geraume Zeit an den Wochenenden nach draußen gegangen, aber die Wochenenden sind nicht so schlimm. Schließlich wußte man, daß man ins Hospital zurückkehrt, und man fühlte sich sicher. Es ist schwierig, wegzugehen; man fürchtet wieder krank zu werden.« (Pine/Levinson, in: Weinberg, 1967, S. 229)

VI.2 »Das post-remissive Erschöpfungssyndrom« – Parteinahme für die Gesundheit/Neuer Stil

Das »post-remissive Erschöpfungssyndrom« (Heinrich, 1967) ist ein Produkt der modernen Sozialpsychiatrie. Übersetzt heißt es: Leider halten entlassene Patienten den Belastungen nicht stand. Die Sozialpsychiatrie hat die gesellschaftliche Ursache psychischer Erkrankungen wissenschaftlich erkannt und versucht folgerichtig, das Verhältnis ›Umwelt‹/Patient in die psychiatrische Praxis mit einzubeziehen. Ihre Haupterfahrung: die Arbeitsbedingungen im Kapitalismus wirken pathogen. Hier genau wäre der Punkt, wo sie sich aus Solidarität mit den Patienten politisch verhalten müßte. Das heißt, sie müßte wenigstens die schlimmsten Formen der Ausbeutung von Patienten unterbinden, sie müßte bessere Arbeitsplätze für Patienten erkämpfen und sie müßte den psychisch Kranken wenigstens die Gewißheit vermitteln, daß das Versagen am Arbeitsplatz kein menschliches Versagen ist. Was der Patient erleidet, müßte die Sozialpsychiatrie wenigstens öffentlich denunzieren. All das sind keine revolutionären Forderungen, sondern moralische Konsequenzen aus einer selbst gewählten wissenschaftlichen Praxis. – Aber die Sozialpsychiatrie versucht nicht sozial zu werden, sondern Psychiatrie zu bleiben. Mit bedauernder Neutralität stellt sie fest:

»Dabei ist davon auszugehen [d. h. wenn man das post-remissive Erschöpfungssyndrom untersucht], daß in der modernen Industriegesellschaft, die sich auf Anpassung und Leistung gründet und in der sich der Entlassene um seine Anerkennung bewirbt, Behinderte in der sozialen Status- und Einkommensordnung auf tiefere Rangstufen absinken oder als nicht mehr wettbewerbstauglich ausgeschieden werden, wenn sie den geforderten Verhaltensnormen nicht genügen können.« (Heinrich, 1967, S. 487)

Ein solches Bewußtsein ist nicht weit entfernt von der custodialen Psychiatrie. Auch der moderne Sozialpsychiater beharrt auf der politischen Belanglosigkeit seiner Einsichten. Wenn er den Terror der kapitalistischen Produktion und die Lebensfeindlichkeit der herrschenden Verhältnisse erkennt, bleibt er dabei, als Mediziner die Folgen zu diagnostizieren:

»Weitere häufige Züge sind Störungen des Allgemeinbefindens mit Gefühl der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (33%); Intoleranz (!) gegen äußere Einflüsse und Konflikte; erhöhtes Schlafbedürfnis, erlebte Impuls- und Gefühlsverarmung mit Hemmungs- und Anstrengungsgefühl bei der Arbeit, bei den kleinsten Tagesverrichtungen, ›Gefühl der Gefühllosigkeit‹; Unvermögen, sich zu freuen, Insuffizienz- und Unsicherheitsgefühl; Störungen des In-Erscheinung-Tretens; Verlust an Naivität und Unmittelbarkeit, *Zwang zur Reflexion*.« (Gross u. a., 1971, S. 295)

Der Patient, der derart leidet, wendet sich an den Sozialpsychiater »als Repräsentant der von W. v. Bayer und Engelmeier geforderten humanen Solidarität, die Psychiatrie ohne Bett zu einer Psychiatrie der Partnerschaft macht« (Heinrich, 1967, S. 491).

VI.3 »Gemeindenahe Psychiatrie« (I)

Die Konzepte der deutschen Sozialpsychiatrie lassen sich nur unzureichend darstellen, weil es kaum eine entwickelte Praxis gibt. Am häufigsten tauchen sie in Forderungskatalogen harmonisierter Reformprogramme auf. Ihre Zielsetzung besteht oft in einem bloßen Vergleich mit der entwickelten psychiatrischen Betreuung in England, Frankreich, Skandinavien und Holland. Auch in die Sowjetunion und die DDR wird geschielt.

Hauptprogrammpunkt ist die sogenannte gemeindenahe psychiatrische Versorgung. Institutionell bedeutet das den Aufbau von Einrichtungen, die ein umfassendes psychiatrisches Angebot darstellen. Es gilt,

»für den Kranken die ja immer so gefährliche abrupte Entlassung als Wechsel aus zu weitgehender Geborgenheit in völlige Ungeborgenheit zu vermeiden.« (Bosch, 1971, S. 525)

Dafür steht eine Fülle von Modellen der Teilhospitalisierungs- und Übergangseinrichtungen zur Verfügung. Die Belastungsfähigkeit des Patienten in dem ›normalen‹ Leben der Gesellschaft soll systematisch erhöht werden.

a *Die Tagesklinik*

»Tageskliniken sind halbstationäre Einrichtungen zur Behandlung psychisch Kranker, die sich nur tagsüber dort aufhalten, während sie Abend und Nacht im gewohnten familiären Milieu verbringen.« (Bosch/Häfner/Kulenkampf, 1971, S. 40)

Die Tagesklinik soll einerseits die erste Rehabilitationsstufe nach der Vollhospitalisierung darstellen, nimmt aber auch weniger gefährdete Erstaufnahmen an. Sie muß Möglichkeiten für die verschiedensten Behandlungsarten bieten. Voraussetzung ist eine einigermaßen stabile Familiensituation des Kranken; in diesem Zusammenhang sollte sie auch familiäre Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen umfassen, wie Familienberatung und -therapie.

b *Die Nachtklinik*

stellt das Gegenstück dar. Sie ist eine halbstationäre Einrichtung, in der berufstätige psychisch Kranke wohnen und in den Abendstunden behandelt werden, und hat ausgesprochenen Übergangscharakter. Hier werden vor allem Patienten aufgenommen,

»bei denen das häusliche Milieu schwer gestört ist, oder alleinstehende Patienten, bei denen ein definierbares Sozialmilieu überhaupt nicht mehr vorhanden ist.« (Bosch/Häfner/Kulenkampf, 1971, S. 47)

c *Der Patientenclub*
soll ehemaligen Patienten, aber auch solchen, die kurz vor der Entlassung aus der Vollhospitalisierung stehen, und Patienten der Teilhospitalisierungseinrichtungen die Möglichkeiten zu Kontakten untereinander erleichtern. Sie läßt die ›zwanglose‹ Begegnung mit früheren Betreuungspersonen (Ärzten, Schwestern etc.) zu, so daß es auch zu einem ärztlichen Gespräch kommen kann,

»welches dann sehr oft in einem dafür bereitgehaltenen Nebenzimmer fortgeführt werden konnte und sich von einem normalen Ambulanzbesuch einschließlich der Regelung von Medikationsverhältnissen in nichts unterschied.« (Bosch, 1971, S. 526)

Der Club wird in allen Fällen von den ehemaligen Patienten selbst getragen, während die organisatorischen Arbeiten von den noch hospitalisierten übernommen werden sollten.
Es gibt noch eine ganze Reihe anderer Einrichtungen, wie Wohnheime, Tagesstätten etc., die alle dasselbe Ziel verfolgen: Sie sollen die Tatsache kaschieren, daß der Patient in eben dieselben Verhältnisse entlassen wird, die doch die Ursache seiner ›Krankheit‹ waren. Die Angst, diese Verhältnisse könnten ihn erneut ›verrückt‹ machen, ist völlig berechtigt. Seine Belastungsfähigkeit soll gestärkt, seine Frustrationstoleranz heraufgesetzt werden, das heißt eben nichts anderes, als daß seine Fähigkeit, sich ohne Widerstand, also symptomlos zu unterwerfen, gefördert = kontrolliert werden soll.
Als Ideologie erscheint hier so etwas wie eine psychiatrische Subkultur. Die Psychiatrie wird zu einer Einrichtung des Alltags, wie das Polizeirevier, die Allgemeine Ortskrankenkasse, das Finanzamt.
Die gemeindenahe Psychiatrie muß dennoch als ein Fortschritt angesehen werden. Zwar wird das Problem der psychischen Krankheit nicht angegriffen, aber die Vernichtung des psychischen Widerspruchs zur Gesellschaft durch die großen, außerhalb gelegenen Anstalten könnte blockiert werden. Die psychisch Kranken erscheinen überhaupt wieder in der Gesellschaft. Mit ihrem Erscheinen könnte auch die Voraussetzung entstehen, daß das Problem psychischer Krankheit im Kapitalismus als ein politisches Problem erkannt wird.

VI.4 »Gemeindenahe Psychiatrie« (II) – Das Beispiel Holland

Die Entwicklung, die die holländische Psychiatrie in den letzten Jahren genommen hat, besonders durch die Inangriffnahme einer Neuordnung der über das gesamte Land netzartig verbreiteten Institutionen für Volksgesundheit allgemein und psychische Gesundheit im speziellen, kann in

vieler Hinsicht als modellhaft für die künftige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung auch in Deutschland betrachtet werden.

Dem Gesundheitswesen liegt der Gedanke des ›ECHALON‹ zugrunde, was etwa mit ›Stufenleiter‹ übersetzt werden kann.

1 Die erste Stufe richtet sich auf das Gesundheitswesen im allgemeinen und umfaßt Hausärzte, Gemeindeschwestern etc. Sie ist auf Stadtteilebene organisiert und für 10 000 bis 20 000 Personen gedacht.
2 Das zweite Echalon ist speziell auf die geistige Gesundheit ausgerichtet und arbeitet auf Bezirksniveau. Hierherein fallen alle Arten von Drogen-, Familien- und sonstigen Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Jugendpsychiatrische Abteilungen usw.
3 Das dritte Echalon auf Regionalebene umfaßt stark spezialisierte Leistungen und Institutionen, wie Neurosesanatorien, Zentren für Psychochirurgie, psychiatrische Universitätskliniken u. a.

Am interessantesten ist jedoch, wie das auch in den Niederlanden bedrükkende Personalproblem gelöst wurde. Für die Resozialisierung jugendlicher Delinquenten, Alkoholiker, für Kinderschutz u.ä. werden Laienmitarbeiter eingestellt, die unter der Überwachung von ›professionals‹ arbeiten. Darüberhinaus werden sogenannte Schlüsselfiguren eingeschaltet, d.s. formelle oder informelle Führer lokaler Gruppierungen, wie Barkeeper, Polizisten, Lehrer, Pastoren, Personalchefs u.a. Man geht davon aus, daß die bereits bestehenden Formen informeller Fürsorge der Qualitätsverbesserung in bezug auf psychische Hygiene bedürfen und dann von großem präventiven Nutzen sein können.

Einige neue Therapieformen sind z. T. noch im Experimentierstadium:

– Erste Hilfe: In Krisenineterventionszentren, über telefonische Hilfsdienste, Jugendberatungszentren.

– Vorwegnehmende Begleitung: Eine ›realistische‹ Vorbereitung auf zu erwartende Stress- und Krisensituationen.

Beide Formen werden hauptsächlich im Bereich der sogenannten »primären Prävention« angewandt.

In Limburg wurde kürzlich, als durch Stillegung einer Zeche das Problem der Umschulung von 10 000 Bergarbeitern auftrat, ein ›Projekt Präventive Psychohygiene‹ ins Leben gerufen, das besondere Aufmerksamkeit verdient. Nach einer Untersuchung des ›sozialen Wandels‹ in der Bevölkerung hat man hier ein Programm zur präventiven Tätigkeit aufgestellt.

»In einem eigens dafür geschaffenen Informations- und Trainingszentrum treffen sich Schlüsselfiguren, hilfeleistende Personen und Instanzen aus der Seelsorge, dem soziokulturellen und kulturellen Arbeitsgebiet, der geistigen und körperlichen Gesundheitspflege usw.

Solche Projekte will man auch für andere tiefgreifende Arbeitskrisen aufstellen. Zusammengehen von Betrieben z. B. bringt für viele plötzlich Entlassene die Notwendigkeit der Migration oder Umschulung mit sich. Durch rechtzeitige Vorbereitung darauf

kann man Störungen unterbinden, die sich sonst daraus entwickeln könnten.« (Trimbos, 1971, S. 116 f.)

Sowohl die ›vorwegnehmende Begleitung‹ – im amerikanischen Heer entwickelt und bewährt – als auch die Funktion der oben beschriebenen Präventiv-Zentren unter Hinzunahme von Polizisten, Barkeepern, Personalchefs (als Schlüsselfiguren bezeichnet) zeigen die Perspektive deutlich:
Die tatsächlichen Interventionsmöglichkeiten des Staatsapparates werden ausgedehnt. Zugleich wird gesamtgesellschaftlich so etwas wie eine »Spannungsdiffussion« (Wulff) erreicht, d. h. krisenhafte Vorgänge im Alltagsleben der Massen werden frühzeitig durch psychiatrische Krisenspezialisten bearbeitet, und die Auseinandersetzung mit den Widersprüchen an Ort und Stelle wird unmöglich gemacht.

VI.5 »Der Geschützte Arbeitsplatz«

Geschützter Arbeitsplatz heißt, daß psychisch Kranke unter Anwesenheit von Psychiatern in der industriellen Produktion arbeiten können; daß sie den vollen Lohnausgleich unabhängig von ihrer Arbeitsleistung erhalten. Mit anderen Worten: Der Staat durchbricht aufgrund einer speziellen Diagnose für eine befristete Zeit den *üblichen* Gang der Ausbeutung der Arbeitskraft.

1 Englisches Beispiel

»Im März 1960 gründete Dr. Early in Bristol daher die ITO-Ltd. *(industrial therapie organisation)* mit dem Ziel, geeignete Patienten außerhalb der Anstalt, aber unter geschützten Bedingungen beschäftigen zu können und auf diese Weise den *›Sprung‹ in freie Arbeitsverhältnisse* für die Kranken in eine ›Stufe‹ zu verwandeln. *Die Gesellschaft, in deren Direktorium Gewerkschaften, Unternehmer, die Kirchen, die Stadt und Ärzte des Krankenhauses sitzen,* ist eine ›non-profit‹ GmbH, deren ursprüngliches Ziel es war, außerhalb des Krankenhauses Arbeitsmöglichkeiten für stationäre Patienten zu schaffen. Heute wird die ITO auch von anderen Institutionen der Gemeinde in Anspruch genommen – 1970 bereits zu 50% . . .
Die ITO garantiert jedem Beschäftigten einen Mindestlohn. Reicht der Betrag, den die ITO für die Patientenarbeit erhält, nicht aus, um Löhne (plus Kosten für Aufsicht und Verwaltung) zu decken, übernimmt das Arbeitsministerium 75% des Defizits bis zu einer jährlichen Höhe von £ 230/Platz. Ungefähr die Hälfte aller der ITO überwiesenen Patienten kann später in freie oder beschützte Arbeitsverhältnisse übernommen werden, ca. 1/3 war vor der Überweisung niemals einer regelmäßigen Beschäftigung nachgegangen. Die ITO-Initiative von Dr. Early hat inzwischen Nachahmer gefunden, z. Zt. bestehen etwa 6-7 ähnliche Organisationen in England.« (Bauer/Picard, 1971, S. 13)

Die Kranken sind in der ITO-Gesellschaft nicht vertreten.

2 Holländisches Beispiel

»Die Vereinigung in Den Haag betreut ca. 1000 Behinderte bei einer Einwohnerzahl der Region (Den Haag und Vororte sowie Umkreis) von ca. 1 Million. Pro 1000 gesunde Jugendliche und Erwachsene der Bevölkerung steht also *1 beschützter Arbeitsplatz* zur Verfügung.

Die Werkstätten

In dem 1970 bezogenen Werkstätten-Neubau werden heute ca. 500-600 Patienten, die hier bewußt ›Arbeiter‹ genannt werden, eingesetzt. Jeder Neuzugang kann sofort aufgenommen werden, weil die Einrichtung so außerordentlich großzügig und erweiterungsfähig angelegt wurde. Die nicht arbeitenden Behinderten, ca. 400-500, sind in Tagesheimen, bei Pflegeeltern und im sog. Begleitzentrum versorgt.

Die Behinderten arbeiten in einem Komplex von 12 Werkstätten, die als Hallen für je 40-50 Personen funktionell verbunden im ›Bungalowstil‹ errichtet sind. Auf eine Produktionseinheit von 40-50 Behinderten kommen 3 Arbeitstherapeuten (Handwerker), ferner sind für alle Arbeitenden zwei Krankenschwestern (-pfleger) verfügbar.

Die Firmen haben alle erforderlichen Maschinen selbst installiert – Ausnahmen gibt es – und zahlen den *vollen Lohn* (Eigenkosten) *an die Vereinigung* . . .

Die Patienten arbeiten *8 ¼ Stunden am Tag*, dazu kommen noch *45 Minuten Kaffee- und Lunchpausen*, so daß bei 5-Tage-Woche effektiv ca. 40 Stunden pro Woche gearbeiter wird, von morgens 8.00 bis 17.00 Uhr. Alle Patienten sind durch den Verein pauschal gegen Unfall versichert. Sie werden mit Omnibussen oder Kleinbussen in ihre Privatwohnungen, in die Übergangsheime oder Krankenhäuser gefahren.« (Strehse, 1971, S. 45)

Lobend wird erwähnt, daß die Patienten oft viel sorgfältiger als ›normale‹ Lohnarbeiter produzieren.

VI.6 Die Therapeutische Gemeinschaft

Die therapeutische Gemeinschaft gilt als eine Errungenschaft der ›dritten psychiatrischen Revolution‹, nachdem Pinel in der Großen Französischen Revolution den Geisteskranken die Ketten abgenommen und nachdem Freud die Psychiater wieder psychologisch zu denken gelehrt hatte. Entwickelt wurde dieses Konzept am Ende des Zweiten Weltkriegs in England. Die therapeutische Gemeinschaft ist eine innere Reform der Krankenhausabteilungen, die eine ›Demokratisierung‹ des Krankenhauses einleiten soll. ›Therapeutische Gemeinschaft‹ heißt für den Psychiater: Verzicht auf ein direktives Arzt/Patienten-Verhältnis; für die Pflegerschaft: Beteiligung am therapeutischen Prozeß.

»Es entsteht eine neue Wertordnung des psychiatrischen Pflegerberufs Ihren Höhepunkt wird sie erreichen, wenn sich der Pfleger als Gemeinschafts- und Gruppentherapeut durchgesetzt hat. Man wird ihn als Menschen bewundern, der zwischenmenschliche Beziehungen zu handhaben weiß.« (Flegel, 1966)

Für den Patienten bedeutet ›Therapeutische Gemeinschaft‹: Sein Selbst-

wertgefühl wird gesteigert und entwickelt, weil es ihm erlaubt ist und sogar von ihm erwartet wird, Spontaneität zu zeigen. Folgende formellen Prinzipien lassen sich festhalten:

»1 Freie Kommunikation
2 Analysierung all dessen, was sich in der Gemeinschaft an persönlicher und zwischenmenschlicher Dynamik vollzieht.
3 Das Bestreben, die traditionellen Autoritätsverhältnisse abzubauen.
4 Die Möglichkeit, von spontanen oder auch von der Klinik organisierten ›social-learning‹-Gelegenheiten Gebrauch zu machen.
5 Die Einberufung einer möglichst täglichen Vollversammlung und häufige tägliche Zusammenkünfte auf allen Ebenen.« (Basaglia, 1971, S. 166 ff.)

Diese allgemeinen Merkmale können kaum einen zureichenden Begriff der therapeutischen Gemeinschaft vermitteln. Schittar bemerkt:

»Nur selten wurde versucht, jenseits aller Theorie festzustellen, welche *effektive* Entscheidungsgewalt, welchen *effektiven* Machtanteil die Patienten haben.« (ebd., S. 170)

In der Tat haben die Apologien der therapeutischen Gemeinschaft einen mystifizierenden Charakter. Sie wird beschrieben, als hätten Ärzte, Pfleger und Patienten, aus dem Stadium sozialer Unschuld heraustretend, nun eine Gemeinschaft gebildet. In Wahrheit findet in jeder Klinik ein zäher, mitunter tödlicher Kampf statt. Wie setzt sich dieser Kampf in der therapeutischen Gemeinschaft fort? Ein Hinweis auf eine Antwort wäre die ausgebreitete englische Literatur zu dem Thema ›Leadership‹ in der therapeutischen Gemeinschaft.

»Und die Mitglieder dieser therapeutischen Gemeinschaft, wenn sie richtig funktioniert, tun sich auch zusammen, um z. B. an die Krankenhausverwaltung oder an andere Institutionen draußen ganz bestimmte Forderungen zu stellen.« (Wulff, 1971, in Soz. Psych. Inf. 6, S. 22)

Wenn sie richtig funktioniert. Was geschieht, wenn die Patienten militanter werden als die Ärzte und in ihren Forderungen weitergehen? Ist dann das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft gefährdet? Greift der Arzt *dann* ein?

»Kurz, die therapeutische Gemeinschaft, so wie wir sie sehen, muß, um zu funktionieren, immer etwas unterdrücken, immer einen Rest Nichtintegration in irgendeiner Form zerquetschen.« (Basaglia, 1971, S. 178)

VII Therapie als gesellschaftliche Praxis

VII.1 Die Notwendigkeit des Interesses

Therapie meint ganz allgemein die Behandlung von Krankheiten mit dem Ziel ihrer Heilung.
Mehr als in jeder anderen Disziplin der Medizin scheiden sich aber in der Psychiatrie schon die Geister bei der Definition dessen, was denn Krankheit ist, gar nicht zu reden von ihren möglichen Ursachen.
So viele Faktoren als Krankheitsgrund benannt oder zu ihrer Erklärung herbeigezogen werden, so viele Formen der Therapie haben sich im Laufe der Zeit nacheinander und gegeneinander entwickelt. Eines aber ist allen gemeinsam: Der ›Kranke‹ muß *irgendwie* wieder ›gesund‹, d. h. er muß möglichst symptomfrei mit ›dem Leben‹ fertig werden können.

»Der therapeutische Akt erweist sich als ein Akt der Integration, insofern er versucht, eine bestehende Krise – regressiv – wieder zurechtzubiegen, indem er letztlich hinnehmen läßt, was die Krise überhaupt erst verursacht hat.« (Basaglia, 1971, S. 138)
»Die psychiatrische Behandlung wird oft wegen ihres Versagens lächerlich gemacht, aber das ist höchst ungerecht. Wenn man über die Mißerfolge psychiatrischer Behandlung wahrheitsgemäß sprechen will, muß man bereit sein, zu erkennen, daß ihr Mißerfolg gerade in ihrem Erfolg liegt. Dieser Behandlung gelingt es gewöhnlich, den erforderlichen Konformismus zu produzieren, entweder auf der Ebene des chronischen Anstaltsinsassen oder auf der (höheren oder niedrigeren) Ebene des Industriekapitäns, auf dessen Kommando alles hört.« (Cooper, 1971, S. 30)

Der Mensch verbirgt sich dem Psychiater hinter dem Kranken, den er mit Hilfe verschiedenster Behandlungsmethoden, seinem gesellschaftlichen Auftrag gemäß, kontrollieren, reintegrieren oder rehabilitieren will. Seine Hilfe bedeutet: Einsatz seiner Macht über den objektivierten Kranken.

»Grundsätzlich geht Psychotherapie auf das Ich oder auf das Du oder auf das Es. Entweder will der Helfende dem Menschen, der sich ihm anvertraut (!), seine eigenen Wertungen aufprägen und ihn ›nach seinem Bilde‹ umschaffen, oder er sucht geschickt mit dem zu arbeiten, was in dem anderen an Wünschen und Zielen steckt, und ihn mit ihrer Hilfe wieder aufzubauen, oder er therapiert im Hinblick auf ein beiden Teilen übergeordnetes und verbindliches Es: eine festgefügte tradierte Weltanschauung.« (Schneider, 1962, S. 53)
»Jede Technik, die sich mit dem anderen ohne sein Selbst befaßt, mit dem Verhakten unter Ausschluß der Erfahrung, mit der Beziehung unter Vernachlässigung der in Beziehung stehenden Personen, mit Individuen unter Ausschluß ihrer Beziehung und vor allem mit zu ändernden Objekten statt mit zu akzeptierenden Personen – jede Technik dieser Art verewigt die Krankheit, die sie zu kurieren vorgibt.« (Laing, 1971, S. 46)

Ohne ein Interesse an der Person des Patienten wird es auch keinen therapeutischen Erfolg geben. Umso weniger, als der Psychotiker viel schneller unbewußte Abwehrhaltungen des Psychiaters wahrnehmen und in seine Reaktionen einbeziehen wird. – In dem Handbuch von Redlich/Freedman (*Theorie und Praxis der Psychiatrie*, 1970), das auf dem Stand der neuesten Forschungsergebnisse geschrieben ist, wird eine skeptische Stellungnahme zu den Erfolgsaussichten der Schizophrenietherapie wiedergegeben:

Redlich, 1952: »Wenn Studenten mich fragen, antworte ich meist folgendermaßen: Sollte ich jemals eine Psychose entwickeln, so würde ich eine intensive dynamische psychotherapeutische Dauerbehandlung wünschen, die von einem erfahrenen Analytiker, der *Schizophrene mag*, in einer entsprechend ausgestatteten Anstalt vorgenommen wird. Hoffentlich wäre ich dann in der Lage, einen solchen Therapeuten und eine solche Anstalt zu finden und sie mir leisten zu können, denn sie sind äußerst rar . . .« (Redlich/Freedman, 1970, S. 750)

Das Handbuch versucht dieser Bemerkung eine optimistische Wendung zu geben, die zumindest für die Verhältnisse in der BRD keine Gültigkeit hat:

»Offensichtlich haben sich die Zeiten geändert. Heutzutage würde man eine gute psychotherapeutische Behandlung in einer offenen Anstalt mit aktiver Gruppentherapie und Rehabilitationsprogramm, verbunden mit einer medikamentösen Dauerbehandlung, vorziehen. Unverändert geblieben ist die Tatsache, daß uns die Forschung bisher noch keine schlüssige Therapie der Schizophrenie beschieden hat.« (ebd.)

Bleibt die Forderung an den Psychiater, er solle den Schizophrenen mögen. Ohne den Psychiater von dem Anspruch zu entbinden, an dem Patienten persönlich interessiert zu sein, muß dennoch gefragt werden: ob das Interesse eine Angelegenheit ist, die Psychiater und Patient miteinander auszumachen haben? Ob das persönliche Interesse den Ausgang aus der Psychose verbürgt? – Der Psychoanalytiker Rosen versucht eine möglichst realistische Definition der Therapieziele:

»Zunächst setzen wir uns nicht das Ziel, durch die Psychotherapie eine strahlende Persönlichkeit zu schaffen . . . Wir pflegen mit bescheideneren Ergebnissen zufrieden zu sein. Zunächst soll der Mensch so schnell als möglich von seiner Psychose geheilt werden . . . Im Endergebnis könnte es sich um eine Persönlichkeit handeln, die sich aus der Menge nicht hervorhebt und auch nicht durch besondere Gaben oder Fähigkeiten auffällt. Dieser Mensch kann Mechaniker, Handelsvertreter, Angestellter oder überhaupt ein berufstätiger Mensch von durchschnittlicher Befähigung sein. Er fühlt sich verheiratet am wohlsten oder strebt Heirat und die Gründung einer Familie an.« (Rosen, 1964, S. 81 f.)

Man kann diesem Zitat zufolge die Psychosentherapie abfertigen als einen besonders raffinierten Versuch, soziale Kontrolle durchzusetzen. Aber in diesem Zitat steckt der polemische Unterton des Realisten, der sich gegen Psychiater richtet, für die die Psychose ein Bildungserlebnis ist. Es gibt die frappierenden Heilungserfolge, wo die Genialität des Patienten das

Interesse des Psychiaters mobilisierte. Beulah Parker (*Meine Sprache bin ich. Modell einer Psychotherapie*, 1970) stellt eine Therapie dar, die über sechs Jahre lief, d. h. deren 230 Sitzungen nicht so ohne weiteres bezahlbar waren, hätte nicht die vollkommen verschlüsselte Sprache des Patienten das Interesse der Therapeutin dauerhaft gesichert. – Unter diesem Gesichtspunkt wendet sich die Bemerkung von Rosen an die innere Berufsmoral der Psychiater und besagt: wenn ihr schon Psychiater werden wollt, müßt ihr auch bereit sein, euch für die tristen Fälle aus einer tristen Umgebung zu interessieren. – Wenn man das einbezieht, muß man dennoch fragen: ist für den Therapeuten Psychose letztlich nichts anderes als ein psychisches Hindernis auf dem Weg, »ein berufstätiger Mensch mit durchschnittlicher Befähigung zu sein«?

VII.2 Therapie und Klassenlage

Therapie kann nicht einfach als eine Technik, ein Instrument in der Hand des Psychiaters begriffen werden. Hinter jeder Form der Behandlung, die ein Arzt verordnet, steht ein bestimmtes Bild von seinem Gegenüber, dem Patienten. Sein Verhalten aufgrund dieses Bildes ist ein gesellschaftliches, also politisches Verhalten.

»Sich vor den Patienten hinstellen und sagen: ›Sie brauchen diese Arzenei‹, heißt, als Macht und nicht als nur Beratender auftreten.« (Basaglia, 1971, S. 221)

Patienten der Unterschicht erhalten – nach Untersuchungen von Hollingshead &Redlich – in den staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern der USA nur in 9,1% der hospitalisierten Fälle psychotherapeutische Behandlung gegenüber 51,7% der Patienten der Mittel- und Oberschicht. Einer der möglichen Gründe scheint in der ablehnenden Haltung vieler Psychotherapeuten gegenüber diesen Patienten zu liegen. Sie messen sie an ihren eigenen verabsolutierten Mittelstandsnormen, fühlten sich von deren vulgärer Sprache, ihren gewalttätigen Ausbrüchen – und manchmal auch durch deren Apathie und Passivität abgestoßen. Insgesamt waren alle interviewten Psychotherapeuten verärgert über die Unfähigkeit der Unterschichtpatienten, in ihren Kategorien zu denken.

»Ihn jeden Morgen zu sehen war ein Kreuz, ich mußte es auf mich nehmen und eine Stunde lang ertragen.«
»Der Patient war in keiner Weise ein interessanter Fall. Ich mußte wiederholen und immer wieder wiederholen.«
»Sie war eine arme, unglückliche, bedauernswerte Frau. Uns trennten Welten.« (Hollingshead & Redlich, 1959, S. 344)

Der Ekel, der in diesen Worten zum Ausdruck kommt, die Gering-

schätzung findet ihre adäquate Ergänzung in der Vorstellung, die direktive Psychotherapie sei diesen Kranken angemessener, da sie

»stärker als die analytische auf die Bedürfnisse des Unterschichtpatienten zugeschnitten ist, indem sie seinem Verlangen nach Führung entgegenkommt.« (Parlow, 1972, S. 67)

Diese Einschätzung äußert Parlow in einer pseudolinken ›sozialpsychologischen‹ Untersuchung, die den Anspruch *kritischer* Wissenschaftlichkeit erhebt, und meint:

»Entsprechend ihrem falschen Konzept (!) von Geisteskrankheit und Psychiatern erwarten die Patienten der Unterschicht – falls sie überhaupt noch Erwartungen hegen und nicht in apathische Resignation fallen –, daß der Psychiater, ähnlich wie der praktische Arzt, mit konkreten, sichtbaren Mitteln, also mit ›Spritzen und Pillen‹ interveniere.« (ebd., S. 69)

Mit konkreten, sichtbaren Mitteln. Wir dürfen nicht vergessen, daß die Kategorie der Veränderung ihren Inhalt durch die Klassenlage des Patienten selber gewinnt. Die sechsjährige Therapie Beulah Parkers war möglich, weil der Analysand, David, als Kind von Mittelklasseneltern wohl mit seiner gesellschaftlichen Lage einverstanden war, sich also sein Interesse fast ausschließlich auf seine Identitätsproblematik bezog. Wie sieht das Bedürfnis nach Therapie bei einem sogenannten Unterschichtpatienten aus, wie sieht das Interesse aus, das ihn aus seiner ›schizophrenen‹ Apathie herauszutreiben vermöchte? Das Bedürfnis nach konkreten Mitteln des Arztes ist wohl eher das Bedürfnis nach radikaler Änderung seiner Lage als ein mangelhaftes Verständnis moderner Psychotherapie.

VII.3 Psychoanalse und Psychose (I) – Die analytische Situation

Die Psychoanalyse hat auf der einen Seite eine generelle Theorie der psychischen Erkrankungen entwickelt, die eine Linie zog von den Neurosen bis zu den Psychosen. Zugleich hat sie sich auf eine schweigende Arbeitsteilung mit der Psychiatrie und mit der Brutalität der staatlichen Anstalten eingelassen, indem sie den Psychotiker als nicht-analysefähig verurteilte. Wenn Freud in früheren Aufsätzen da ein vorsichtiges Fragezeichen setzt –

»Ich halte es durchaus nicht für ausgeschlossen, daß man bei geeigneter Abänderung des Verfahrens [der Psychoanalyse] sich über diese Gegenindikationen hinaussetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könnte.« (Freud, Über Psychotherapie, GW V, S. 21)

– so urteilt er in späteren Abhandlungen sehr viel endgültiger. Er spricht davon, daß man »vielleicht für immer darauf verzichten« müsse, »unse-

ren Heilplan beim Psychotiker zu versuchen« (Freud, Abriß der Psychoanalyse, GW XVII, S. 99). Dieses Verdikt der Unheilbarkeit der Psychotiker mußte umso schwerer wiegen, als die Psychoanalyse die einzige Statthalterin des Unbewußten in der Gesellschaft war und auf einer genetischen und psychologischen Erklärung psychischer Erkrankungen beharrte. Die Folgen dieser – man muß es wohl so formulieren – Entscheidung waren für die psychoanalytische Bewegung erheblich. Nicht nur, daß damit implizit der wichtigsten Rechtfertigung der herrschenden Psychiatrie, nämlich der ›Unheilbarkeit‹ ihrer Patienten, beigepflichtet wurde, sondern auch der radikale kulturkritische Ansatz der psychoanalytischen Bewegung selbst wurde abgestumpft. Als eine spezielle Neurosentherapie wandte die psychoanalytische Bewegung ihr Hauptaugenmerk auf die Einbettung der Psychoanalyse in die herrschende Kultur: die Entwicklung der Lehranalyse, deren Ergebnis die wissenschaftliche und gesellschaftliche Anerkennung des Analytikers sein sollte.

Die psychoanalytische Therapie soll hier unter einem ganz bestimmten Gesichtspunkt beleuchtet werden: unter dem der historischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen, wonach ein Patient als analysefähig oder analyseresistent gilt.

Die Veränderung, die die Psychoanalyse verspricht, hat ihre Quelle in der sogenannten analytischen Situation.

»Das Ich ist durch den inneren Konflikt geschwächt, wir müssen ihm zu Hilfe kommen. Es ist wie in einem Bürgerkrieg, der durch den Beistand eines Bundesgenossen von außen entschieden werden soll. Der analytische Arzt und das geschwächte Ich des Kranken sollen, an die reale Außenwelt angelehnt, eine Partei bilden gegen die Feinde, die Triebansprüche des Es und die Gewissensansprüche des Über-Ichs. Wir schließen einen Vertrag miteinander. Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit, d. h. die Verfügung über allen Stoff, den ihm seine Selbstwahrnehmung liefert, wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung in der Deutung des vom Unbewußten beeinflußten Materials in seinen Dienst. Unser Wissen soll sein Unwissen gutmachen, soll seinem Ich die Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens wiedergeben. In diesem Vertrag besteht die analytische Situation.« (Freud, Abriß der Psychoanalyse, GW XVII, S. 98)

Der innere Konflikt ist nicht neu, sondern hat eine lange Geschichte. Er begann in der infantilen Situation, wo das Kind, um mächtige, zumeist sexuelle Triebansprüche abzuwehren, zu dem Mittel der Verdrängung griff, »primitive Abwehrmaßregeln des unreifen, schwachen Ich« (Freud, Die endliche und die unendliche Analyse, XVI, S. 71). Diese Verdrängungen definieren die künftigen Abwehrtechniken des reifenden Ich: »neue Konflikte werden . . . durch ›Nachverdrängung‹ erledigt« (Freud, ebd.). Aber die Verdrängung läßt die Triebansprüche nicht verschwinden, vielmehr muß das Ich immer größere Energiebeträge darauf verwenden, den subversiven Methoden (Ersatzbefriedigungen z. B.) zu begegnen, mit de-

nen sich der Trieb seine Bahn verschafft. Zugleich wird die nach innen genommene Verbotsinstanz (die die Eltern darstellten), das Über-Ich, immer mehr Angst mobilisieren gegen ein mögliches Durchbrechen des Triebes. In dieser Situation wird die Energieverteilung derart deformiert, daß das Ich immer weniger realitätstüchtig ist.

»Die psychoanalytische Therapie bringt es dann zustande, den Verdrängungsprozeß einer Revision zu unterziehen und den Konflikt zu einem besseren, mit der Gesundheit verträglichen Ausgang zu leiten.« (Freud, Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse, XII, S. 5)

Wie ist diese Revision möglich? Wie kommt der Analytiker überhaupt dazu, in diesen ›Bürgerkrieg‹ einzugreifen? Die Hauptmechanismen der analytischen Situation sind: *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten.* Die Wiederholung der infantilen Situation ist der Motor der Veränderung; an der Person des Analytikers erlebt der Patient erneut die Geschichte des Verhältnisses mit seinen Eltern. Allein, die Wiederholung findet unter gewandelten Bedingungen statt, der Analytiker agiert nicht wie die Eltern, sondern deutet das Verhalten des Patienten. Das ist allerdings nur möglich, wenn der Patient eine positive Übertragung auf den Analytiker zustande bringt, das heißt, wenn er die zärtlichen Strebungen, die er seinen Eltern gegenüber hegte, an der Person des Analytikers fortsetzt.

»Setzt der Patient den Analytiker an Stelle seines Vaters (seiner Mutter), so räumt er ihm auch die Macht ein, die sein Über-Ich über sein Ich ausübt, denn die Eltern sind ja der Ursprung des Über-Ichs gewesen . . .« (Freud, Abriß der Psychoanalyse, XVII, S. 100)

»Die Ähnlichkeit der analytischen Situation mit der infantilen drängt also mehr zur Wiederholung, der Kontrast zwischen beiden fördert die Erinnerung.« (Ferenczi, Relaxationsprinzip und Neokatharsis, III, S. 488)

Durch das Erinnern wird die bisherige Lebenspraxis des Patienten der Kritik unterzogen, durchgearbeitet. Indem der Patient ein freieres Verhältnis zu seiner eigenen Geschichte bekommt, befreit er sich. Allerdings gibt es da einige Voraussetzungen:

1 Die Wiederholung des infantilen Konfliktes soll allein in der Übertragung auf den Analytiker stattfinden:

»Es ist uns sehr unerwünscht, wenn der Patient außerhalb der Übertragung *agiert* anstatt zu erinnern; das für unsere Zwecke ideale Verhalten wäre, wenn er sich außerhalb der Behandlung möglichst normal benähme und seine abnormen Reaktionen nur in der Übertragung äußerte.« (Freud, Abriß, XVII, S. 103)

Er soll auch alle wichtigen Lebensentscheidungen, wie Liebesverhältnisse, Berufswechsel, wichtige geschäftliche Entscheidungen zurückstellen, solange die Analyse andauert. »Normal«-Benehmen? Was ist das für eine Normalität?

2 Voraussetzung für die Analyse ist die freie Verfügung über die Lebenszeit:

»Ich stimme also mit jenen überein, die behaupten, daß die Behandlung um so mehr Aussichten auf rascheren Erfolg hat, je unbeschränkter wir über die Zeit verfügen.« (Ferenczi, Das Problem der Beendigung der Analysen, III, S. 374)

Die Verknüpfung des psychischen Konfliktes mit der Unfähigkeit, sich materiell zu reproduzieren, stellt die Analysefähigkeit in Frage.

3 Der Analytiker übt soziale Selektion aus:

»Man übersehe nicht über der Krankheit den sonstigen Wert einer Person und weise Kranke zurück, welche nicht einen gewissen Bildungsgrad und einen einigermaßen verläßlichen Charakter besitzen.« (Freud, Über Psychotherapie, V, S. 20)

Es ist also hauptsächlich ein bürgerliches Ich, das für die Analyse vertragsfähig ist. Nur dieses Ich ist in der Lage, die Zeit für die Wiederholung des infantilen Konfliktes aufzubringen, die Termingestaltung zu akzeptieren, und mit dem Analytiker auf dem gleichen Sprachniveau zu kommunizieren, weil der Analytiker prinzipiell dieselbe Sozialisation durchlaufen hat. Hinzu kommt:

»In akut krisenhaften Zuständen ist die Analyse so gut wie nicht zu gebrauchen. Alles Interesse des Ichs wird dann von der schmerzhaften Realität in Anspruch genommen und verweigert sich der Analyse . . .« (Freud, Die endliche und die unendliche Analyse, XVI, S. 77)

Der Patient darf also nicht zu hohe Ansprüche an die Analyse stellen. Je stärker er aber regrediert ist, desto höher sind die Ansprüche. Das Übermächtig-Werden der infantilen Ansprüche ist die Angst der Analytiker. Wenn Freud erklärt, daß nur Personen in Frage kommen, »die einen Normalzustand haben, da man sich im psychoanalytischen Verfahren von diesem aus des Krankhaften bemächtigt« (Über Psychotherapie, V, S. 21), so verteidigt er zugleich das Interieur der analytischen Situation: den Salon, die Couch, den Schreibtisch, die Zeiteinteilung und den gesellschaftlichen Verkehr von Analytiker und Patient, in dem die Grenzen der persönlichen Selbständigkeit gewahrt werden müssen. Daß das Infantile im Medium der Diskretion zur Sprache kommt, bezeichnet bereits den Klassencharakter der analytischen Situation. Zwar sieht Ferenczi, daß auch Neurotiker schon mehr verlangen:

»Bei solchen Menschen, die also in Wirklichkeit fast ganz kindlich geblieben sind, mögen die üblichen Hilfsmittel der analytischen Therapie nicht ausreichen. Solche Neurotiker müßte man förmlich adoptieren und erstmalig der Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden lassen.« (Ferenczi, Relaxationsprinzip und Neokatharsis, III, S. 488)

Aber würde der Analytiker entsprechend handeln, wäre er nicht mehr das, was er Freud zufolge zu sein hat: Spiegel, in dem der Patient seine psychische Genesis erkennt. So formulierte denn die Psychoanalyse immer sehr vorsichtig den Ausgang der Analyse; gewiß sollte so etwas wie eine Reedukation bzw. eine Charakterneubildung stattfinden, allein solches

habe mit ›Takt‹ (Freud) zu geschehen. Kein Zweifel, die Ansprüche eines Psychotikers sind zu groß, als daß sie Platz gefunden hätten in einem derart definierten analytischen Verhältnis. Beim Psychotiker konnte man nicht mit Vertragstreue rechnen:

»... das ist vom Ich des Psychotikers nicht zu erwarten, dieses kann einen solchen Vertrag nicht einhalten, ja kaum ihn eingehen. Es wird sehr bald unsere Person und die Hilfe, die wir ihm anbieten, zu den Anteilen der Außenwelt geworfen haben, die ihm nichts mehr bedeuten.« (Freud, Abriß der Psychoanalyse, XVII, S. 98)

So galt denn der Psychotiker als unfähig, eine Übertragung herzustellen, wiewohl die Projektionstätigkeit allein Beweis genug war für die ständige Übertragungstätigkeit des Psychotikers, nur daß der Analytiker nicht so ohne weiteres zum Brennpunkt und Objekt dieser Übertragung werden konnte. Das deutende Gegenüber muß schon einen Teil der Ichfunktionen – analog zu der frühkindlichen Mutter – des Psychotikers übernehmen, um in seiner Welt überhaupt als libidinöses Objekt wahrgenommen zu werden; der Psychotiker muß, wie Rosen sagt, richtiggehend ›bemuttert‹ werden, ehe er Deutungen annimmt. Es ist leicht zu sehen, daß eine derartige analytische Situation mehr abverlangt als den bürgerlichen Verkehr auf der Grundlage eines Vertrages.

VII.4 Psychoanalyse und Psychose (II) – »Der Generalangriff des Patienten« und die psychoanalytische Bewegung

»Es hat also seinen guten Sinn, wenn man vom Analytiker als Teil seines Befähigungsnachweises ein höheres Maß von seelischer Normalität und Korrektheit fordert ...« (Freud, Die endliche und die unendliche Analyse XVI, S. 94)

»Das Standhalten gegen diesen Generalangriff der Patienten setzt beim Analytiker selbst eine voll beendigte Analyse voraus.« (Ferenczi, Das Problem der Beendigung der Analysen, III, S. 376)

Die analytische Situation hatte von Anfang an einen zweideutigen Charakter: infantile Triebansprüche, die durch die bürgerliche Sozialisation nicht erledigt werden konnten, sollten sich in ihr wiederholen, zugleich aber sollte das Verhältnis Analytiker/Analysand über den bürgerlichen Vertrag nicht hinausgehen. Unter der Drohung des »Generalangriffs« der Patienten setzte sich sehr bald die Tendenz durch, die analytische Situation institutionell abzusichern. Da sich die Psychoanalyse nicht der Gunst des Staates erfreute, gab es für sie nur einen Weg: die Institutionalisierung der Ausbildung. Galt es in den Anfängen noch als ausreichend, wenn der künftige Analytiker die »sichere Überzeugung von der Existenz des Unbewußten« (Freud) an sich selbst erfuhr (wofür Freud noch die Abendspaziergänge zu nutzen verstand), so wurde die Ausbildung immer mehr

formalisiert, kostete mehr Geld, mehr Jahre. Praktisch undiskutiert und fraglos hingenommen wurden, der elitäre Auswahlmodus: »Auswahlbedingungen sind gute Intelligenz, etwas (!) Erfolg im Leben und geglückte soziale Anpassung« (Balint, 1969, S. 267); ebenso undiskutiert geriet der künftige Analytiker in zunehmende Abhängigkeit von seinem Kontrollanalytiker. Da dieser gewöhnlich einer bestimmten Schule angehörte, beschreibt Balint diesen Prozeß völlig zurecht als »Über-Ich-Intropression«: der Kandidat unterwerfe sich einem Initiationsritus; »unser Ausbildungssystem läuft darauf hinaus, daß es beim Kandidaten unweigerlich zu einer Schwächung der Ich-Funktionen und zur Bildung und Festigung einer ganz speziellen Über-Ich-Form kommt« (Balint, 1969, S. 273).
Die Geschichte des Ausbildungssystems ließe sich als die Geschichte schreiben, wie die aufklärerische Kraft der Psychoanalyse ausgezehrt wurde. War in den Anfängen die analytische Situation die Form, in der verdrängte Triebansprüche gesellschaftlich zur Sprache kamen, so ist sie gegenwärtig ein Problem der Tätigkeit von Spezialisten, in der keine Spontaneität mehr aufkommen kann.
Zum anderen ist die Entwicklung des Ausbildungssystem gewissermaßen als die Entfaltung einer ›Therapie‹-Ideologie zu analysieren. Es wird unterstellt, daß der Erfolg der Therapie abhänge von der richtigen Handhabung der Widerstandstechnik, der Übertragungsproblematik, der Deutungsarbeit etc. Vergessen wird dabei, daß therapeutischer Erfolg und Kritik der neuroseproduzierenden »kulturellen Sexualmoral« in den Anfängen der Psychoanalyse sehr eng miteinander verknüpft waren. Wenn Freud von der Vernunft der Neurose sprach, nahm er zugleich Partei gegen die herrschenden kulturellen Bestimmungen richtigen Lebens. Was der Neurotiker zur Sprache brachte, verteidigte die psychoanalytische Bewegung auch. Es war der Erfolg der psychoanalytischen Bewegung, das neurotische Schicksal des Einzelnen verstehbar zu machen im Zusammenhang der kollektiven kulturellen Verdrängungsprozesse, zu zeigen, daß die »Psychopathologie des Alltagslebens« für jeden gilt. – Wie konnte die psychoanalytische Bewegung zu Problemen wie dem folgenden gelangen:

»Ein typisches Problem ist ›das Kissen‹. Es gibt dafür mehrere Lösungen: a) Jeder Patient bekommt dasselbe Kissen, aber es wird eine Papierserviette darübergelegt und am Ende der Stunde in den Papierkorb geworfen; b) das Kissen ist dasselbe, aber jeder Patient hat seinen eigenen Bezug, der sich von den anderen durch Farbe oder Muster unterscheidet, und das Kissen wird vor jeder Stunde neu bezogen; c) jeder Patient hat sein eigenes Kissen und darf nur dieses benutzen; d) es ist nur ein Kissen oder es sind nur einige wenige vorhanden, und es ist dem Patienten überlassen, wie er sie benutzen will, usw. Diese Möglichkeiten lassen sich noch um den Faktor drei multiplizieren, weil es noch darauf ankommt, ob der Analytiker, der Patient oder ein Angestellter das Kissen vorbereiten. Man könnte denken, das sei eine Bagatelle ... Und doch scheinen solche

Kleinigkeiten für die Bildung der Übertragung eine gewisse Bedeutung zu haben.« (Balint, 1969, S. 215)

Für einen derartigen Niedergang gibt es eine politische Erklärung: die psychoanalytische Bewegung hat den ursprünglichen kulturkritischen Impetus nicht weitergetrieben, vielmehr ist schon bei Freud zu beobachten, wie er die kulturelle Sexualmoral kritisiert im Namen einer weniger belastenden, aber immer noch bürgerlichen Kultur:

»Ich möchte vielmehr auf den Gesichtspunkt aufmerksam machen, daß die Neurose, soweit sie reicht und bei wem immer sie sich findet, die Kulturabsicht zu vereiteln weiß und somit eigentlich die Arbeit der unterdrückten kulturfeindlichen Seelenkräfte besorgt, so daß die Gesellschaft ... gar keinen Gewinn verzeichnen darf, wenn sie die Gefügigkeit gegen ihre weitgehenden Vorschriften mit der Zunahme der Nervosität bezahlt.« (Freud, VII, S. 166)

Freud rechtfertigt die Analyse mit dem Hinweis, daß der »Kampf gegen die Sinnlichkeit die verfügbare Energie des Charakters« aufzehre, »und dies gerade zu einer Zeit, in welcher der junge Mann alle seine Kräfte bedarf, um seinen Anteil und Platz in der Gesellschaft zu erobern.« (Freud, Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität, VII, S. 159).

Auf ein derartiges wohlverstandenes Interesse der bürgerlichen Gesellschaft kann der Psychotiker nicht rechnen. Denn in der Psychose wird das Einverständnis mit der kulturellen Verfassung des Lebens aufgekündigt.

VII.5 Familientherapie

»Die Familientherapie hat zwei Ziele: Die Auflösung des pathogenen Konflikts, der Angst und die Unterstützung der noch verbliebenen gesunden Strebungen. Der Therapeut muß die angstbeladenen Tabus, die einer Diskussion und Bearbeitung der grundlegenden Familienkonflikte entgegenstehen, abbauen. Er regt eine kritische Beurteilung und Neubewertung der Familienidentität, ihrer Ziele und Werte sowie der wesentlichen Funktionen und Rollen in der Familie an.« (Ackerman, 1968, S. 109)

Das schizophrene Kind war das Symptom der Widersprüche innerhalb der Familie. Auf welcher Seite steht der Familientherapeut? Nach diesem Zitat steht er auf der Seite der Institution Familie. Nicht zufällig sprechen die Familientherapeuten von Familienkonflikten. Der Begriff Konflikt unterstellt, daß die ›Familie‹ selbst ein funktionierendes Gebilde sei, das nur gewissermaßen von ihren Mitgliedern verpfuscht wird. Der Therapeut, der die noch »verbliebenen gesunden Strebungen unterstützt« und eine »Neubewertung der Familienidentität« anregt, muß notwendigerweise die Radikalität des Ausbruchsversuchs, den ein Mitglied mit seiner Schizophrenie unternimmt, abstumpfen. In dem aufgeklärten Vertreter

der Gesellschaft, der nun die Familienverhältnisse in Ordnung bringen will, kehrt verdoppelt und verdreifacht die Übermacht der Familie wieder.

Aber die Rolle des Familientherapeuten ist ebenso widersprüchlich und unklar wie seine Parteilichkeit.

»Die Rolle des Therapeuten ist außerordentlich vielschichtig. Er ist teilnehmender Beobachter, er beobachtet nicht nur aus Distanz, sondern greift auch direkt in die Interaktionen der Familie ein . . .« (ebd., S. 109)

Da es offenbar nicht zu den Konzepten der Familientherapie gehört, eine verfeindete Pseudogemeinschaft mit allen Mitteln zu zerstören, weil das vielleicht der einzige Weg zur Freiheit ihrer Mitglieder wäre, bedeutet Familientherapie quasi die Fortsetzung des Familienlebens in der Form von Gruppentherapie.

Der Familientherapeut »unterstützt, reguliert, interpretiert und wirkt als Katalysator. Die Dynamik seiner Rolle besteht darin, daß er Kommunikation und wechselseitiges Verständnis fördert, die Konflikte herausarbeitet, Vorurteile und Widerstände aufhebt und die Rolle einer Elternfigur ausfüllt. Dabei muß er zwischen einer gesunden und einer pathogenen Privatheit der Familie unterscheiden. Wenn es im Laufe der Therapie zu Spannungen kommt, muß er einen Mittelweg zwischen der rigiden Vermeidung von Gefahren und der unkontrollierten Entladung der Wut finden.« (ebd.)

Hauptgefahr ist offenbar, daß er seine therapeutische Neutralität verliert. Auch in einer derart konzipierten Familientherapie reproduzieren sich die Ausweichmanöver und Unehrlichkeiten der Psychiater, die in dem therapeutischen Verhältnis, wie es die Psychoanalyse entwickelt hat, mit einer gewissen Notwendigkeit entstanden.

David Cooper gibt in *Psychiatrie und Antipsychiatrie* (1971, S. 66 ff.) ausführlich den Versuch einer Familientherapie wieder. Der dargestellte ›Fall‹ bezieht sich auf einen Studenten, dessen Vater sich ›hochgearbeitet‹ hat und in seinem Sohn seine gesellschaftliche Karriere fortsetzen will. Durch seine berufliche Belastung hat er seit jeher an dem persönlichen Leben der Familie nicht teilgenommen. Zur Mutter hat der Student eine ›symbiotische‹ Beziehung. In seinem ersten Semester entwickelt er ›schizophrene‹ Verhaltensweisen (versucht zu fliehen, beschuldigt die Professoren und sich selbst, wird hospitalisiert, versucht mit Gewalt zur Universität zurückzukehren usw.). Die Reaktionen werden als der Versuch gedeutet, das Leben für andere abzubrechen und ein eigenständiges Leben zu beginnen. Welche Rolle spielt die Familientherapie? Es werden gemeinsame therapeutische Sitzungen aller Familienmitglieder arrangiert, die zum ersten Mal zu einer Veräußerlichung jener oben erwähnten double-bind-Mechanismen führen. Die Familie fängt an, ihre eigene Wahrheit zu begreifen; der Mann erfährt zum ersten Mal von seiner Frau, wie er sich wirklich verhalten hat, und was sein Verhalten bedeutet hat. Das Ergebnis: »die Wahrheit über diese Familie und die Wahrheit über

Erics Zusammenbruch« (Cooper, 1971, S. 89) wird bewußt, d. h. die Familie hat sich verändert. – Was aber war der Sinn der schizophrenen Reaktion von Eric? Ein veränderter Familienzusammenhang oder endgültige Befreiung von der Familie, als gültige Befreiung von der Familie. Weiterhin: welchen Familien schenkt die Familientherapie ihre Gunst? Bei proletarischen Patienten ist es immerhin wahrscheinlich, daß der Psychiater gar nicht mehr die Familie entdeckt, die er zu therapieren verspricht. Mit anderen Worten: die Familientherapie zielt auf die Mittelstandsfamilie und bietet ihr eine tertiäre Sozialisation. Die Entwicklung dieser Therapie beweist, daß die kulturelle Verfassung des alltäglichen Lebens selbst in den Mittelklassen nicht mehr ohne das Eingreifen der Psychiatrie aufrechterhalten werden kann.

VII.6 Die Bekämpfung des Kranken im Namen der Krankheit (I) – Psychopharmaka

In fast allen psychiatrischen Anstalten erfolgt die erste und oft einzige Behandlung in der Verordnung von einem Psychopharmakum.

»Aolept erleichtert das Zusammenleben.
Durch spezifische Wirkung auf Antrieb, Affekte, Emotionen fördert Aolept Kontaktbereitschaft und Anpassungsfähigkeit.« (Bayer-Werbung)

»Das Ziel bei der Anwendung psychotroper Pharmaka muß es sein, diese Mittel so im somatischen Bereich zu ›plazieren‹, daß die arzneimittelbedingten psychischen Phänomene eine Behebung, ein Verschwinden der von der Krankheit ›produzierten‹ seelischen Dysfunktionen bewirken oder zumindest ›vorspiegeln‹.« (de Boor, 1962, S. 163)

G. L. Klermann weist darauf hin, daß Psychopharmaka zwar die unmittelbare Prognose verbessern (z. B. die Chance für eine Entlassung erhöhen), nicht jedoch die langfristige, da ihre Wirkung ›unspezifisch‹ ist, d. h. da sie an keinem der bisher bekannten ätiologischen Faktoren angreifen. (Klermann, in: Parow, 1972, S. 60)

Eine ganze Reihe der in den psychiatrischen Krankenhäusern angewandten chemischen Präparate haben eine beruhigende und dämpfende Wirkung, häufig von wenig erwünschten Nebenwirkungen begleitet.

»Barbiturate lassen sich bei schwerer Erregung und Schlafstörungen nicht immer umgehen, ebensowenig wie bei Zuständen großer Unruhe und Aggressivität das Scophedal, das unangenehmerweise Halluzinationen verursacht.« (Weitbrecht, 1963, S. 189)

Sie sind so bequem in der Anwendung, daß sie es dem Psychiater ermöglichen, die verschiedensten aus der Krankheit erklärbaren und auch die ›unverständlichen Erregungszustände‹ quasi zu unterdrücken. Cooper spricht in diesem Zusammenhang von einer »chemischen Zwangsjacke« (Cooper, 1971, S. 106).

»Als ich endlich mit der Einnahme aufgehört habe, fühlte ich mich wie befreit. Ich hatte das Gefühl, endlich wieder mit beiden Beinen auf der Erde zu stehen und nicht über Watte zu laufen.« (Eine ehemalige Patientin)

»LIBRIUM – ein Element der Ordnung, die rosa Brille für die Seele – nicht Scheinlösung von Problemen, sondern Lösung von Scheinproblemen.« (Werbung von Hoffmann – La-Roche)

»Sie wirken gleichzeitig auf die Angstsituation des Kranken wie des Arztes ein und führen damit zu einem Paradoxon: Der Arzt lindert mit Hilfe der Medikamente, die er dem Patienten verschreibt, sein Gefühl der ängstlichen Unsicherheit gegenüber einem Kranken, zu dem er keine Beziehung und mit dem er keine Verständigungsmöglichkeit zu finden weiß.« (Basaglia, 1971, S. 156)

Das bedeutet, daß der Arzt seine Unfähigkeit, den Patienten und dessen ihm unverständliches Verhalten zu begreifen, durch Vergabe eines Medikaments kompensiert.

»Durch die ›beruhigende‹ Wirkung der Medikamente verharrt der Patient in seiner passiven Krankenrolle.« (ebd., S. 156)

Andererseits wirken die Pharmaka auf den Kranken in der Weise, daß er die reale Distanz, die ihn vom ›Andern‹ trennt, weniger kraß wahrnimmt, und dies läßt ihn die Möglichkeit einer Beziehung ahnen, die ihm sonst in jedem Fall versagt ist.

Im Endeffekt ändert sich durch die Wirkung der Pharmaka also nicht die *Krankheit*, sondern die scheinbare Haltung des Arztes zur Krankheit (scheinbar insofern, als es sich immer um eine Form der Abwehr und damit der Gewalt handelt).« (ebd., S. 156)

Das Medikament ermöglicht es, die Auseinandersetzung mit dem ›Warum‹ eines Vorfalls zu vermeiden.

»Ein junger Mann wurde nach einem Selbstmordversuch in die Klinik eingeliefert. Ich fing gerade an, mich ein bißchen mit ihm zu unterhalten, da kam ein Pfleger. ›Ein trauriger Fall‹, sagte er mit bedauernder Miene – und gab ihm eine Spritze mit irgendeinem starken Mittel. Gleich darauf war der Typ eingeschlafen.« (Bericht eines Hilfspflegers)

Das eindeutigste Interesse an derartigen Medikamenten hat die pharmazeutische Industrie. Es gibt eine Fülle von Psychopharmaka, die sich in ihrer Wirkung nur unwesentlich unterscheiden, aber:

»Wir müssen den Arzt in der Praxis, in der Klinik zum Kauf unserer Medikamente zwingen, ohne daß es ihm bewußt wird ... Meine Erfahrungen in den letzten Jahren haben gezeigt, daß durch gute werbliche Maßnahmen die Verordnung der Präparate besser zu beeinflussen ist als durch wissenschaftliche Abhandlungen. Wissenschaftliche Informationen sollten auf das Notwendigste beschränkt bleiben. Wir sind Verkäufer, das steht über allem.«

(Aus einem Papier des Konzerns Byk-Gulden zur Ausbildung von Verkäufern im Außendienst. Zit. n. Dokumentation. Hrsg. Kollektiv Sozialistischer Mediziner, Berlin 1971)

»Der Patient ist Ihr wichtigstes Kapital« (Neutrilac-Werbung), dieser Satz gilt außer bei den Einnahmen der Klinik-Ärzte aus ihren Privatpraxen nirgends in dieser Eindeutigkeit wie in der Pharma-Industrie.

VII.7 Die Bekämpfung des Kranken im Namen der Krankheit (II) – Heilkrampfbehandlung

»Die Zeit heilt oder kann heilen; Schock und Krampftherapie aber sind der Zeit weit überlegen.« (v. Braunsmühl, 1947, zit. n. Cardiazol, 1951, S. 123)

»Die gegenwärtige Richtung in der psychiatrischen Literatur enthüllt, daß die Enttäuschung über die Insulin-Koma-Behandlung bei der Schizophrenie sich in den vergangenen 4 Jahren ständig verbreitet hat. Da die Methode weder eine rationale geschweige denn eine empirische Grundlage besitzt und einer kritischen Betrachtung nicht standhält, ist es von Interesse zu erfahren, warum sie fast einmütige Anerkennung fand.« (Bourne, zit. n. Rosen, 1964, S. 233)

Zwischen den beiden Zitaten liegt ein Zeitraum von 15 Jahren, aber noch 1963 heißt es in einem (noch heute gebräuchlichen) Lehrbuch der Psychiatrie:

»Es gehört zweifellos zu den am meisten bewegenden Eindrücken für den Arzt, mitzuerleben, wie ein Kranker, der sich monatelang mit verzweifelten Selbstvorwürfen und Schuldwahnerlebnissen am Rande des Selbstmords bewegte, durch wenige, manchmal durch eine einzige Krampfbehandlung völlig umgestimmt ist und überhaupt nicht mehr begreift, daß er sich so unbeschreiblich quälen konnte.« (Weitbrecht, 1963, S. 403)

Derselbe Psychiater warnt jedoch vor einer zu hohen Dosierung z. B. des Cardiazols mit den Worten:

»Nichts ist schlimmer als eine Verlängerung der ohnehin *äußerst unangenehmen Aura*, die der Patient zwischen Injektion und Krampfbeginn durchmachen muß und die bis zu einer Minute und länger dauern kann. Sie ist meist durch ein unbeschreibliches Vernichtungs- und Todesangstgefühl neben Photismen (Lichtblitze, Rotsehen, Skotome) oder Geschmacksmißempfindungen gekennzeichnet und verfällt so wenig wie die klonischen Initialzuckungen, welche dem tonischen Starrezustand vorauszugehen pflegen, der Amnesie. Die Schockangst wird dadurch bei manchen Patienten so groß, daß sie eine Fortführung der Kur unmöglich macht.« (Weitbrecht, 1963, S. 405)

Die Auflösung der Qual durch ihre Zerstörung mit einer anderen: nichts anderes bedeutet die Anwendung dieser, nur als verbrecherisch zu bezeichnenden Methode.

»Abgesehen von groben, unverkennbar cerebral-organischen Störungen des mnestisch-assoziativen Apparats könne man bei krampfbehandelten Personen regelmäßig psychopathologische Störungen feststellen, wie man sie bei Persönlichkeitsveränderungen Hirngeschädigter sehe: Euphorie, Impulsvermehrung, verstärkte Reaktionsbereitschaft auf die Umwelt, Einengung der psychischen Produktivität. Das organisch bedingte Sorglos- und Gleichgültig-werden bedingen ein ›Nichthabenkönnen‹ oder ›Nichtnachvollziehenkönnen‹ endogen-psychotischer Erlebnisse.« (v. Bayer, zit. n. Müller, 1960, S. 49)

Der so ›behandelte‹ Patient bietet dann die Möglichkeit, eventuell wieder einen ›normalen‹ Menschen »nach seinem [des Psychiaters] Bilde« (Schneider) zu formen.

»Bei der Krampfbehandlung wird dann häufig in der Bewußtlosigkeit das wichtigste therapeutische Moment gesehen; der jähe Umbruch der Erlebniskontinuität bei gleich-

zeitiger Amnesie [völliges Vergessen] ermöglichen einen psychischen Wiederaufbau.« (Müller, 1960, S. 49)

Eine Ausnahme wird allerdings gemacht, quasi als Reverenz des Psychiaters an Eigenschaften, die er als Arzt und Intellektueller für sich in Anspruch nimmt:

»... wägen natürlich auch wir ... das Für und Wider im Hinblick auf die möglichen mnestischen Störungen bei besonders differenzierten und empfindsamen Personen sorgfältig ab ... Auch stimmen wir ganz mit ... seiner [v. Bayers] Auffassung überein, dort die EK-Behandlung [Elektro-Krampf-Behandlung] nicht anzuwenden, wo auf Grund einer besonderen Intelligenz und Einsichtsfähigkeit die Aussicht besteht, daß der betreffende Patient während eines längeren Klinikaufenthalts eine neue und gefestigte Position gegenüber seiner Psychose gewinnen kann.« (Bronisch, 1962, S. 156)

Die Gewalt der Psychiatrie, ausgeübt durch den Psychiater, wird nirgends in so direkter Weise sichtbar wie in der gesellschaftlich legitimierten Erlaubnis, einen Menschen mit seinen bisherigen Inhalten und Erfahrungen zu zerstören, um an die Stelle des Zerstörten einen anderen, den Norm-Vorstellungen der Allgemeinheit entsprechenden Inhalt zu setzen.

»Was wir ›normal‹ nennen, ist ein Produkt von Verdrängung, Verleugnung, Isolierung, Projektion, Introjektion und anderen Formen destruktiver Aktion gegen die Erfahrung.«
»Unser Verhalten ist eine Funktion unserer Erfahrung. Unser Handeln entspricht unserer Sicht der Dinge. *Wenn unsere Erfahrung zerstört ist, wird unser Verhalten zerstörerisch sein.*« (Laing, 1971, S. 21 f.)

VII.8 Was heisst Psychosentherapie?

»Es ist eine der Grunderkenntnisse der Psychiatrie, daß endogene depressive oder manische Phasen durch keine Psychotherapie zu heilen sind.« (Weitbrecht, 1963, S. 398)
»Unter bestimmten Umständen kann jeder Mensch psychotisch werden. Umgekehrt – gewisse Konditionen (z. B. ausgedehnte Lobotomierung) ausgenommen – gibt es keine irreversible Psychose.« (Rosen, 1964, S. 78)

Ein spezifisches therapeutisches Konzept für Psychosen gibt es nicht. Entscheidend bleibt das gesellschaftliche Verhältnis, in das der Patient unter dem Titel ›Therapie‹ eintritt, und hier wiederum dürften die gesellschaftlichen Ziele, die in dem therapeutischen Prozeß bewußt oder unbewußt realisiert werden sollen, den therapeutischen Erfolg oder Mißerfolg ausmachen. Unter dem Gesichtspunkt, daß der Patient schlecht und recht unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen überleben soll, hat man allgemein die Notwendigkeit dreier Voraussetzungen erkannt:
1. Die Therapie kann nicht auf bestimmte Behandlungsstunden begrenzt bleiben, während der Patient für die übrige Zeit den Bedürfnissen der jeweiligen Institution unterworfen bleibt. Vielmehr müssen alle mensch-

lichen Beziehungen innerhalb der Institution, in der sich der Patient befindet, eine therapeutische Bedeutung haben, d. h. alle Äußerungen und Handlungen der Patienten gegenüber allen Mitgliedern der Institution sollen wahrgenommen und bearbeitet werden. Was das konkret bedeutet, ergibt sich allerdings erst aus der Analyse der betreffenden Institution. Die Gefahr bleibt, daß sich eine »sterile, ›entleerte‹ Form von Gruppendasein« (Cooper, 1971, S. 91) entwickelt. – In diesem Zusammenhang wird auch die Forderung nach einem »therapeutischen Milieu« gestellt, d. h. für eine gewisse Zeit sollen die Lebensbedingungen innerhalb des Kapitalismus für den Psychotiker gemildert werden, er soll einen Anspruch auf Sicherheit und menschliche Zuwendung erheben können, ohne den in der Gesellschaft üblichen Preis dafür zu zahlen. Wie hoch aber der Preis ist, wenn der Patient für eine Frist in eine etwas humanere Ersatzgesellschaft eintritt, läßt sich allein an den einzelnen Projekten darstellen. Immerhin sei daran erinnert, daß vornehmlich in den USA sich eine Tendenz zur therapeutischen Sektenbildung durchsetzt.

2. Die Rehabilitation der Patienten muß organisiert werden. Die Erkenntnis setzt sich durch, daß die schizophrene Reaktion eine Antwort auf die materielle Lebenslage der Patienten ist, daß also die allerbrutalsten Bedingungen, unter denen der Einzelne seine Arbeitskraft verkauft, gemildert werden müssen. Das allerdings heißt – und zwar im günstigsten Falle –, daß der Patient durch entsprechende Rehabilitierungsprogramme seine Arbeitskraft qualifizieren kann. Diese Programme sind gewissermaßen eine gesellschaftliche Konzession, in der unbewußt wahrgenommen wird, daß der schizophrene Protest sinnvoll ist.

3. Die Therapie muß sich mit dem Sinn der schizophrenen Reaktion auseinandersetzen, mit anderen Worten, der Therapeut muß den Psychotiker als selbständige Person achten, muß sich also folgerichtig mit dessen individueller Genese und seiner sozialen Lage auseinandersetzen.

»Wir betrachten die Schizophrenie als einen Zustand, bei dem sich der Patient von einer unerträglich gewordenen Welt und seinen unlösbaren Konflikten distanziert, indem er seine innere Repräsentanz der Realität verändert. Er kann sich nicht in die Zukunft fortbewegen, und er ist sogar unfähig, seine Sicherheit durch Regression wiederzuerlangen; so zieht er sich zurück und findet durch autistische Veränderung der Welt und Aufgeben der Logik seiner Kultur wieder einen gewissen Lebensraum und eine gewisse Art von Selbstachtung«. (Lidz, 1959, S. 259)

Die schizophrene Reaktion wird hier auch als intentionale Handlung begriffen. Für die Therapie ergeben sich daraus zwei Akzente:

– Die Konzeption, »daß der Psychiater versteht, was vorgeht, der Patient aber nicht« (Laing, 1971, S. 99), muß grundsätzlich aufgegeben werden, vielmehr muß der Psychiater den Patienten in die Lage versetzen, daß er sich seine Erfahrungen aneignen kann, ohne dafür mit seiner sozialen

Ermordung zu bezahlen. Die schizophrene Reaktion ist zugleich auf einer inneren Erfahrung beruhende sinnvolle Handlung *und* eine komplexe Strategie des Selbstschutzes, mit der der Schizophrene seinen sozialen Untergang von sich abzuhalten versucht, genauer, sie ist der Konflikt beider Momente. Die Aufgabe der Therapie wäre es, »unnötige Komplikationen dieser Strategie zu eliminieren« (Cooper, 1972, S. 71).

– Der zweite Akzent der Psychosentherapie liegt darauf, den Patienten von dem Zwang und der Gewalt seiner eigenen Lebensgeschichte zu befreien, die für ihn durch das Dasein seiner Familie repräsentiert wird, indem die bestehenden Familienbeziehungen verändert werden. Aber auch eine so verstandene Familientherapie ist keine Garantie:

»Manchmal hatten die Eltern mehr Nutzen als die Patienten, aber in anderen Fällen folgte auf die Veränderung bei den Eltern eindrucksvolle Besserung bei den Patienten.« (Lidz, 1959, S. 266)

Das Fragezeichen, das wir hinter diese Zusammenfassung setzen, läßt sich formulieren: der Kampf gegen eine Gesellschaft, die massenhaft psychisches Elend produziert, muß aufgenommen werden. Allein, wer nur dies sagt, stellt den *jetzt* lebenden Kranken, wie es in der Sprache der Psychiatrie heißt, eine »negative soziale Prognose« aus. – Wir müssen genauer fragen: Vorausgesetzt, daß Therapie notwendig ist, wie sieht dann die politische Aufgabe aus? Wenn kritische Psychiater wie Laing, Cooper, Lidz u. a. beschreiben, daß die psychotische Reaktion auf einem sinnvollen Erfahrungsprozeß beruht., daß sie als ein Versuch der Selbstheilung, als ein »natürlicher Heilprozeß« (Laing), als dem menschlichen »Entwicklungsprozeß innewohnende Möglichkeit« (Lidz) begriffen werden muß, so ist das Hauptproblem die soziale Degradierung des Schizophrenen. »Die Diagnose ist der Mord an der Möglichkeit, den anderen Menschen kennenzulernen«, sagt Cooper (1972, S. 46). Was der Schizophrene zur Sprache bringt, wird nicht anerkannt. Die Vernunft der Psychose kann also nicht nur beschworen werden, sondern muß auch gesellschaftlich durchgesetzt werden. Die Vernunft der Neurose wurde nicht deswegen anerkannt, weil es eine psychoanalytische Therapie gab, sondern weil es eine psychoanalytische Bewegung gab, die für sie eintrat. Laing fordert für die Psychotiker »ein *Initiationszeremoniell*«:

»Durch dieses sollen die Psychotiker bei voller sozialer Zustimmung und Unterstützung in den inneren Raum und die innere Zeit geleitet werden von Leuten, die bereits dort gewesen und zurückgekehrt sind. In der Psychiatrie würde das heißen: Ex-Patienten helfen zukünftigen Patienten, verrückt zu werden.« (Laing, 1971, S. 117)

Dieses Programm ist Produkt der ohnmächtigen Einsicht eines einzelnen; die politische Aufgabe ist gleichwohl erkannt: die Solidarität der Patienten. Nicht die Organisation der Krankheit, sondern die Selbstorganisation der Kranken ist die Aufgabe. Erst wenn der Psychotiker nicht mehr als

Einzelner einer menschlichen oder unmenschlichen Therapie ausgeliefert sein wird, erst wenn er aus dem Stadium der absoluten Ohnmacht heraustritt, wird man vielleicht hören wollen, was er zu sagen hat. Und es sind dabei nicht nur die Interessen der Kranken angesprochen, sondern auch die zukünftigen Interessen der Gesunden. Und dies nicht nur, weil die Gesunden nur gesund bleiben können, indem andere krank werden, sondern weil auch ein Ende der Angst abzusehen ist, krank zu werden. Erst wenn die psychisch Kranken ohne Strafe des sozialen Untergangs ihre Bedürfnisse zur Sprache bringen können, werden die, deren krampfhafte Anstrengung es ist, nicht auszuflippen, nicht kaputtzugehen, die Gesunden also, ein freies Verhältnis zu ihren Bedürfnissen entwickeln können.

VII.9 »Die negierte Institution«

1961 begann ein Kollektiv von Ärzten in einem siebenjährigen Prozeß die bis dahin traditionell geführte Anstalt in Gorizia (Görz) vollständig umzuwälzen. Dieser Versuch ist in dem Buch von Franco Basaglia (damals neuernannter Leiter der Anstalt), *Die negierte Institution*, dokumentiert, in dem alle Beteiligten – nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten, die Pfleger, Psychologen usw. – zu Wort kommen.
Dieser Versuch stellt eine Geschichtszeichen dar. Indem einst für immer zum Vegetieren verurteilte Patienten wieder ein selbständiges Leben aufgenommen haben, ist zugleich für die gegenwärtige Epoche definiert worden, was Freiheit konkret heißen kann.
Alle Anstrengungen einer sich als fortschrittlich definierenden Psychiatrie werden sich künftig an diesem Versuch zu messen haben.
Hier sollen nur die wesentlichen Momente der Veränderung benannt werden.

1 Das Ende der Gewalt

»Wir halten uns immer vor Augen, daß die primäre Realität des Kranken die ist, ein Mensch ohne Rechte zu sein; davon versuchen wir in unserer Arbeit auszugehen. Nur wenn man dieses Faktum wesentlich berücksichtigt, wird eine Rehabilitation des Kranken möglich. Der Kranke ist ein Mensch ohne Rechte; darüber sprechen wir mit ihm. Der Kranke ist ein Ausgeschlossener; auch darüber sprechen wir mit ihm.« (Basaglia, 1971, S. 27)
»In den Ärzten und in den Pflegern sieht der Kranke ›freie‹ Menschen; er spricht ihnen die Machtrolle ab, die sie in der Institution innehaben. Indem wir gemeinsam uns mit einer Macht auseinandersetzten, die sie ausschließt, führen wir die Kranken dazu, daß sie sich über ihre Situation als *Ausgeschlossene* Klarheit verschaffen. Andererseits stellen die Ärzte und Pfleger in den Augen der Kranken nicht nur eine Grenzsituation der

Realität dar, sondern durch die dialektische Negation ihres sozialen Auftrags machen sie den Kranken ebenso begreiflich, daß sie ihre Rolle als *Ausschließende* ablehnen.« (ebd., S. 27)

Das Ende der Gewalt innerhalb der Institution erspart dem Patienten die Notwendigkeit des ›Ausagierens‹; er wird in die Lage versetzt, die Gewaltverhältnisse in der Gesellschaft zu durchschauen.

2 *Das Ende der Unheilbarkeit*

»Der Geisteskranke ist vor allem deshalb ›krank‹, weil er ein Ausgeschlossener ist, von allen im Stich gelassen, ein Mensch ohne Rechte, mit dem man machen kann, was man will.« (ebd. S. 29)

»In dem Augenblick, in dem wir unseren sozialen Auftrag von uns weisen, geben wir auch die These von der Unheilbarkeit der Krankheit auf und verlassen unsere Rolle als Gefangenenwärter und Hüter der sozialen Ordnung.« (ebd. S. 28 f)

3 *Statt Therapeutischer Gemeinschaft – Demokratie an der Basis*

»Die abteilungsinternen Zusammenkünfte finden vor oder nach dem Abendessen statt, zwischen 17 Uhr und 19 Uhr, je nach der Jahreszeit entweder unter freiem Himmel oder im geschlossenen Raum. Durchschnittlich nehmen 15 bis 30 Menschen daran teil. Die Diskussion ergibt sich spontan und folgt keinem vorgefaßten Programm. In den Abteilungen mit langfristig Hospitalisierten verläuft sie zwischen Schweigen, langen Pausen und abgebrochenen Gesprächen.« (ebd. S. 62)

»Die Versammlungen regeln das gesamte Klinikleben. Abgesehen von den üblichen Dingen (Ärztevisite in den einzelnen Abteilungen, Frühstück, Öffnung der Café-Bar usw.), richtet sich der Tagesablauf auch nach dem Turnus der verschiedenen Versammlungen, ja, ich möchte fast behaupten, daß die üblichen Einschnitte im Klinik-Alltag heute zu zweitrangigen Ereignissen geworden sind gegenüber den Bedürfnissen der Gemeinschaft. Im Verlauf einer Woche finden mehr als fünfzig Zusammenkünfte statt.« (ebd. S. 24)

4 *Statt Therapie – Solidarität der Patienten untereinander*

Gewalttätige Anfälle, der Schrecken der traditionellen Anstalten, werden zu einem Vorgang, der beinahe beiläufig erwähnt wird.

»*Frage:* Vor einer Woche sah ich hier einen jungen Mann mit starken Anzeichen von Aggressivität; heute sah ich ihn wieder: Er war ganz ruhig. Was war Ihrer Meinung nach ausschlaggebend dafür, daß sich sein Zustand so schnell gebessert hat?

Benossi (Pfleger): Vor allem der Kontakt zu den anderen und die Atmosphäre, die hier herrscht. Sehen Sie, wir wollen mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln erreichen, daß diese Gemeinschaft konkret existiert, nicht nur in der Theorie, sondern effektiv.« (ebd. S. 74)

5 *Die gesellschaftliche Lage wird erkannt*

»Wenn die Krankheit aber, wie das meistens der Fall ist, auch von sozialen Umweltfaktoren mitbestimmt ist, von der Intensität des Widerstandes gegen den Zusammenstoß mit einer Gesellschaft, die weder auf den Menschen noch auf seine Bedürfnisse Rück-

sicht nimmt, so kann die Lösung eines derart gravierenden Problems nur in einer sozio-ökonomischen Grundausrichtung liegen, die auch die allmähliche Wiedereingliederung der Elemente ermöglicht, die dem Anstoß nicht gewachsen waren, die das Spiel nicht durchgehalten haben. Jeder Versuch, dem Problem näherzurücken, kann nur demonstrieren, daß ein solches Unternehmen zwar möglich ist, aber zwangsläufig isoliert bleibt – und damit ohne die geringste soziale Relevanz – sofern nicht eine strukturelle Basisbewegung hinzukommt.« (ebd. S. 141)

6 *Veränderung für alle*

Selbst die Ordensschwestern haben begriffen und akzeptiert, daß sich der Sinn ihrer Arbeit verändert hat.

»Natürlich, wir machen nur zu gern bei diesen neuen Methoden mit; wir sehen doch auch, daß vieles besser geworden ist. Wenn wir ehrlich sein wollen, müssen wir zugeben, daß sich die Situation in vieler Hinsicht gebessert hat. Wenn wir uns früher in der Kirche zum Gottesdienst versammelten, waren alle immer so eintönig gekleidet. Die Patientinnen hatten die Haare kurz geschoren und sahen ziemlich ungepflegt aus; heute dagegen gehen sie ordentlich frisiert, seitdem wir eine Friseuse haben.« (ebd. S. 83)

7 *Eine »chronisch« Kranke beginnt wieder zu leben*

»*Frage:* Erzählen Sie mal, wie das früher hier zuging!
Margherita: Früher ging es hier traurig zu; wir waren alle traurig.
Frage: Gab es da Gitter, verschlossene Türen?
Margherita: Allerdings; auf unserer Abteilung wurden zuerst die Gitter entfernt; wir brauchten keine Zwangsmieder mehr zu tragen . . . so allerhand ist anders geworden . . .
Frage: Trugen Sie diese Zwangsmieder den ganzen Tag?
Margherita: Den ganzen Tag, von morgens bis abends, und nachts schnallten sie uns im Bett fest, Füße und Hände, alles, wie der Herr Jesus am Kreuz . . .
Frage: . . . und das tat natürlich weh?
Margherita: Allerdings tat das weh! Auch wenn einer ein Vollidiot ist, fühlt er sich so bestimmt nicht wohl.
Frage: Sind Sie nie ins Freie gekommen?
Margherita: Nein, niemals. Ich wurde damals nicht einmal zur Arbeit zugelassen, weil die nämlich Angst hatten, ich würde alles kurz und klein schlagen . . .
Frage: Nicht einmal in den Garten durften Sie gehen?
Margherita: Doch, in den Garten schon, aber dort hat man uns auch festgebunden. An schönen Tagen, wenn die Sonne schien, hat man uns im Garten angeschnallt. Ich war so oft an der Bank im Garten angebunden, oder am Baum im Hof. Mich haben sie immer dort festgebunden.
Frage: Warum hat man das denn getan?
Margherita: Weil man uns damals eben nicht so behandelte wie jetzt; auch damals wurden wir zwar versorgt, aber der frühere Direktor legte eben nicht so viel Wert darauf. Jetzt haben wir ja den Herrn Basaglia; mit seiner Behandlungsmethode klappt eben alles viel besser.
Frage: Heute stehen alle Türen offen. Können Sie sich ganz frei bewegen?
Margherita: Heute ja, aber früher war das nicht so, da durften wir das nicht.
Frage: Wie wurden Sie denn festgebunden?
Margherita: Mit dem Leibchen, mit der Zwangsjacke. Später haben sie uns auch die Füße angeschnallt. Mir wurden die Füße mit Lederriemen zusammengebunden.

Frage: Warum?
Margherita: Weil ich umhersprang, wild um mich schlug; ich führte mich wie der Teufel auf; das gefiel mir einfach, und die glaubten, ich sei so krank, daß sie mich festbinden müßten. Früher konnte man es nicht wagen, sich bei einem Arzt zu beschweren: Hören Sie mal, diese oder jene Schwester mißhandelt mich; man wurde sofort fixiert; man mußte eben schweigend über sich ergehen lassen, daß man so behandelt wurde. Heute ist das alles anders.
Frage: Irgend etwas lehnte sich in Ihnen auf, aber Sie durften das nicht zum Ausdruck bringen . . .
Margherita: Ja, wir hatten nämlich Angst davor, wieder fixiert zu werden, und dann stülpten sie uns auch diese Masken über . . .
Frage: Welche Masken?
Margherita: Man wickelte uns ein großes nasses Tuch um den Kopf, und dann zogen sie daran, aber feste, und schütteten uns dauernd Wasser ins Gesicht; dabei kann man wirklich draufgehen!
Frage: Hat man das auch mit Ihnen gemacht?
Margherita: Ja, auch mit mir, leider auch mit mir; und die Nacht verbrachte ich dann in einem geschlossenen Käfig.
Frage: In einem Käfig?
Margherita: Über und um unsere Betten war nämlich ein Gitternetz gespannt, mit Vorhängeschlössern auf jeder Seite, und ich war da drin eingeschlossen.
Frage: . . . wie ein Vogel in seinem Bauer oder ein Löwe in seinem Käfig?
Margherita: Ja, da habe ich manchmal Krach geschlagen; ich war es einfach leid, immer da drin eingesperrt zu sein, und weil das Ganze aus Bindfäden war, habe ich einfach angefangen, die Knoten aufzumachen, um vielleicht ausreißen zu können, denn die wollten ja von allein nicht aufschließen.
Frage: Und wie lange blieben Sie in diesem Bett-Käfig?
Margherita: Die ganze Nacht. Um 6 Uhr gingen wir schlafen, bis zum nächsten Morgen.
Frage: Wie fühlten Sie sich denn in einem solchen Käfig?
Margherita: Das tat weh, denn alle anderen um mich herum waren ja frei, nur ich war in dem Käfig eingeschlossen . . .
Frage: Und was haben Sie da gemacht? Haben Sie geschrien?
Margherita: Ja, ich schrie, und dann machte ich die Knoten auf um rauszukommen; ich ging mit dem Käfig umher, ich schleifte ihn mit den Füßen nach, ich wollte ihn einfach loswerden . . .
Frage: Und je mehr Sie tobten, desto mehr glaubten die anderen, daß Sie krank seien?
Margherita: Jawohl, und dann haben sie uns wieder festgebunden. Sobald jemand aus der Reihe tanzte, wurde er festgebunden, und dann konnte man sich nicht mehr rühren . . .
Frage: Als dann die Gitter abgeschafft wurden . . .
Margherita: . . .dachten wir, das ist aber ein komisches Gefühl, nach so vielen Jahren, in denen das immer so war, jetzt plötzlich, ganz anders, so mir nichts dir nichts keine Gitter mehr; wir fühlten uns sehr erleichtert.
Frage: Waren Sie froh?
Margherita: Und wie!
Frage: Kam es Ihnen seltsam vor, so einfach ins Freie gehen zu können?
Margherita: Ja, das war wirklich ein komisches Gefühl: zuerst immer eingesperrt, immer hinter Gittern, und dann plötzlich zu erleben, daß es keine Gitter mehr gibt, plötzlich umhergehen zu können . . .
Frage: Und jetzt, was tun Sie jetzt in der Klinikgemeinschaft?

Margherita: Ich gehöre sogar zum Chor; zweimal in der Woche gehe ich hin; nachmittags besuche ich die Schule, und was die Arbeit betrifft, so bin ich im EEG-Labor beschäftigt, oben in der Direktion. Ich bereite die Haube mit den verschiedenen Elektroden vor, die dann am Kopf angelegt wird. So eine Art EKG, nur das hier wird eben am Kopf angelegt.
Frage: Sind Sie auch noch anderweitig beschäftigt?
Margherita: Hier in der Abteilung stricke ich unentwegt, denn ich muß immer etwas zu tun haben, sonst werde ich nervös.
Frage: Arbeiten Sie im EEG-Labor als Angestellte oder als Assistentin?
Margherita: Als technische Assistentin.
Frage: Dann haben Sie sich aber gut eingearbeitet . . .
Margherita: Ja, und darauf bin ich stolz; ich will auch gar keinem zeigen, wie das gemacht wird, denn mir gefällt diese Arbeit.
Frage: Das ist also Ihre Arbeit; und in Ihrer Freizeit widmen Sie sich der Musik?
Margherita: Ja, ich bin Mitglied des Chors; wir üben zweimal in der Woche, und samstags ist Filmvorführung, sonntags Tanz, und manchmal machen wir auch Ausflüge.
Frage: Warum wurden Sie, ihrer Meinung nach, früher festgebunden?
Margherita: Weil die Betreuung eben anders war als heute; doch, es gab schon so etwas wie eine Kur, aber die wurde nicht angewandt.
Frage: Jetzt aber wird eine Kur angewandt, und niemand wird mehr fixiert. Meinen Sie, daß die Tabletten die gleiche Wirkung wie die Zwangsmieder haben?
Margherita: Ich meine, ja; denn die Tabletten beruhigen; wenn eine nicht reicht, nimmt man eben zwei oder drei; mit der Zeit beruhigt man sich dann schon.
Frage: Ohne die Tabletten wäre also alles wie früher . . .
Margherita: Wie früher. Man braucht nur zu beobachten, wie ein einziges Wort genügt, und schon fangen sie an zu toben . . .
Frage: Sagen Sie, nehmen Sie denn jetzt auch Tabletten ein?
Margherita: Nein, ich nicht.
Frage: Früher wurden Sie aber doch festgebunden. Wie erklären Sie sich das?
Margherita: Früher hat man noch ganz andere Sachen mit uns gemacht; z. B. den Elektroschock . . .
Frage: Glauben Sie nicht eher, daß es die neue Freiheit ist, daß Sie arbeiten können, nicht mehr fixiert werden, nicht mehr unter Zwang stehen? All das hat sich doch bei Ihnen sicher positiv ausgewirkt.
Margherita: Zweifellos.
Frage: Oder etwa doch die Tabletten?
Margherita: Nein, die nicht, denn ich nehme ja gar keine ein, jedenfalls jetzt nicht mehr, und doch . . . fühle ich mich besser.
Frage: Dann sollte man also meinen, daß dieses Gefühl der Freiheit . . .
Margherita: Ja, das Gefühl der Freiheit ist es; wenn man sich nämlich eingesperrt fühlt, ist man gereizt und wird nervös, auch wenn man eigentlich überhaupt keine Veranlagung zur Nervosität hat. Wenn man eingeschlossen ist, kann man nicht tun und lassen, was man will, und das macht nervös . . .
Frage: Gibt es außer Ihnen noch andere Patientinnen, die ständig in der Zwangsjacke herumlaufen mußten?
Margherita: Ja, mehrere; jetzt arbeiten auch die, entweder in der Café-Bar oder beim Filmvorführen . . .« (ebd. S. 15 ff.)

Das Material, das uns über die psychiatrischen Einrichtungen und die Methoden der Therapie in der Sowjetunion und der VR China vorliegt, stammt aus Berichten von Besuchern und Beobachtern, die in der Mehrheit selber aus der Psychiatrie kommen. Sie liefern Darstellungen, die sowohl die Institutionen, als auch die Behandlungsmethoden losgelöst von ihrer jeweils konkreten Einbettung in den gesamtgesellschaftlichen Rahmen beschreiben. Wenn man sich wirklich einen Begriff von dem machen wollte, was in den sozialistischen Ländern als psychische Erkrankung definiert wird, so wäre eine polit-ökonomische Analyse nötig; das aber würde den Rahmen unseres Themas sprengen. Wir können an dieser Stelle lediglich eine Vorstellung von der Quantität der Institutionen im Bereich der Psychiatrie und den verschiedenen Behandlungsarten geben. Insofern ist eine kritische Beurteilung und Auseinandersetzung kaum möglich.
Wir halten es aber für wichtig, die uns bekannten Fakten zu veröffentlichen. Einmal, weil relativ wenig darüber bekannt ist, und zum anderen, weil wir z. B. die Beschreibung der Heilung einer Patientin in einem chinesischen Bezirkskrankenhaus sehr aufschlußreich fanden und hoffen, daß die Realität diesem Beispiel entspricht.

VIII.1 Psychiatrie in der SU

In der Sowjetunion ist die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung im Prinzip für alle Republiken einheitlich geregelt. Die Institution des freipraktizierenden Nervenarztes oder Psychiaters fehlt völlig, so daß sich die nicht-stationäre Behandlung auf das Modell des ›neuro-psychiatrischen Dispensaire‹ konzentriert.
Es ist das regionale Mental Health Center, dem Beratungsdienste, arbeitstherapeutische, beschäftigungstherapeutische, halbstationäre und Nachsorgeeinrichtungen angeschlossen sind. Der Einzugsbereich umfaßt durchschnittlich etwa 400 000 Einwohner. Moskau beispielsweise verfügt über 17 (oder 19, Zahlenangaben schwanken) solcher Ambulanzen.
Jedes dieser Dispensaires ist wiederum einem psychiatrischen Krankenhaus zugeordnet. Zahlen, die im Hinblick auf die personelle Besetzung dieser Kliniken genannt werden, scheinen für deutsche Verhältnisse geradezu traumhaft. Das Vinneseta-Krankenhaus, in der Nähe Kiews, mitten in der Ukraine gelegen, verfügt bei 1900 Betten über 117 Ärzte, d. i. ein Arzt auf weniger als 20 Patienten, etwa 300 Krankenschwestern, 150

medizinische Fachkräfte und 772 Stationshilfen. Außerdem machen 40 Ärzte dort ihre Fachausbildung und eine kleine Gruppe von Studenten erhält ein ›bedside training‹ in Psychiatrie. Einige Ärzte nehmen an einem Weiterbildungskurs des Krankenhauses teil. (Beispiel aus: Gorman, 1971, S. 65)

Unter der Leitung eines Chefarztes arbeiten in einem Dispensaire etwa 10–12 sog. Bezirksärzte, die für je einen festgelegten Zuzugsbereich verantwortlich sind.

Die tägliche Sprechstunde wird in zwei Schichten durchgeführt, besonders auch am Spätnachmittag und Abend wegen der vielen Berufstätigen. Gleichrangig neben der Sprechstunde stehen Hausbesuche der einzelnen Ärzte.

Darüberhinaus verfügt jedes Dispensaire über eine Reihe von Spezialisten mit entsprechenden Abteilungen:

1 Jugendpsychiater
2 Spezialist für Suchtkranke, insbesondere Alkoholiker, der über eine kleinere Bettenstation verfügt
3 Spezialist für Sprachgestörte (Logopädagoge)
4 Psychotherapeut
5 Neurologe

Meistens findet man eine balneologische und elektrotherapeutische Abteilung, in der neben suggestiv wirkenden elektrischen Heilmethoden auch mit Elektroschlaf behandelt wird. Elektrokrampftherapie scheint nicht betrieben zu werden.

Jedem Dispensaire ist eine Stelle angegliedert, die Rechtsberatung durchführt und Vermittlung in Familienpflege übernimmt.

Seit jeher verfügt jedes Dispensaire über eine eigene Tagesklinik (die erste dieser Art wurde bereits 1934 in der SU eingerichtet), eine halbstationäre Übergangseinrichtung. In Großstädten verfügt sie über 60–100 Betten und wird von einem Arzt geleitet, dem drei Schwestern zur Seite stehen. Im Mittelpunkt steht die Arbeitstherapie, auf die später noch im einzelnen eingegangen wird.

Die stationäre Behandlung findet in den jeweiligen psychiatrischen Krankenhäusern statt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt etwa 60 bis 70 Tage. Innerhalb dieser Kliniken gibt es recht große industrielle Betriebe; Abteilungen außerhalb der Stadt verfügen über landwirtschaftliche Arbeitsmöglichkeiten. Darüberhinaus gibt es Kolonien, Gutshöfe und Spezialheime für chronisch Kranke.

In der Therapie findet man eine starke Bevorzugung des Elektroschlafs und suggestiver Methoden. »Psychotherapie ist unter dem Titel einer ›rationellen Psychotherapie‹ ausschließlich Hypnosebehandlung, sowohl individuell als auch in Gruppen« (autogenes Training).

»Therapie liegt so ganz auf dem Bemühen, ›rationell‹ umzuerziehen, umzugewöhnen, psycho-physisch Einfluß zu nehmen, wobei irrationale dynamische, gar unbewußte Vorgänge ganz unberücksichtigt bleiben. Wie das freilich in der Praxis des Umgangs mit Kranken aussieht, wie Konflikte angegangen und Fehlverhalten gesteuert werden, ließe sich erst bei näherem Studium und wohl erst dann beurteilen, wenn eine direkte sprachliche Kommunikation gegeben ist.« (C. Kulenkampf, 1971, S. 82)

M. Gorman beschreibt das intensive Bemühen um den einzelnen Patienten in diesem umfangreichen Versorgungssystem für psychisch Kranke. Es beginnt mit einer überaus sorgfältigen Ausbildung, die z. B. bei einem Kinderpsychiater folgendermaßen aussieht: Sechsjährige Ausbildung an einer med. Hochschule, mindestens dreijährige Tätigkeit in einem Stadtbezirk oder auf dem Lande. Die schon auf der Hochschule erfolgte Spezialisierung wird dann noch durch ein 1–2jähriges Intensivtraining ergänzt. Dabei steht ›bedside-teaching‹ im Vordergrund, während akademischen Vorlesungen wenig Zeit gewidmet wird.

Es wird erwartet, daß ein Psychiater ein Kind vom ersten Tag der Vorstellung bis zum 15. Lebensjahr kontinuierlich betreut. Die Zuweisung bzw. Überweisung im Laufe der späteren Behandlung wird in der Regel erst nach der Prüfung durch eine Expertenkommission vorgenommen, die sich das Kind und dessen Krankengeschichte vorstellen läßt und erst dann entscheidet, welche der vielen sich anbietenden Institutionen und Schulen die optimale Behandlung ermöglicht.

Die Behandlung der Arbeiter und ihre berufliche Resozialisierung sind in der UdSSR untrennbar miteinander verbunden. Vom Tage der Aufnahme in eine Klinik an wird kontinuierlich auf die Rückkehr des Arbeiters zu einer produktiven und aktiven Rolle in der Gesellschaft hingearbeitet. Sein Psychiater, der Werkarzt und ein Arbeitstherapeut suchen eine möglichst geeignete Tätigkeit aus; ein Fabrikarbeiter wird beispielsweise in die Abteilung für Schwerindustrie kommen. Der tarifgerechten Bezahlung für die geleistete Arbeit wird ein großer Einfluß auf die Therapie und Motivation zugeschrieben. Der Patient soll nicht in eine Abhängigkeit verfallen und so etwa seine Selbstachtung verlieren.

Die Insassen der Tageskliniken haben gewöhnlich einen Sechs-Stunden-Arbeitstag. Von ihrem Lohn werden lediglich die Kosten für Medikamente und Verpflegung abgezogen. Die stationär behandelten Patienten der Krankenhäuser erhalten 30% ausbezahlt, während der Rest ebenfalls für die mit ihrem dortigen Aufenthalt verbundenen Kosten, aber auch für Sonderausgaben wie Erholungseinrichtungen, Busfahrten in die Umgebung etc. einbehalten wird.

Nach seiner Entlassung kehrt der Arbeiter gewöhnlich in seine frühere Fabrik zurück, die verpflichtet ist, ihm einen seinen psychischen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz zuzuweisen. Das geschieht auf den Be-

richt seines Therapeuten hin und wird von der Gewerkschaft überwacht. Seit Ende des Zweiten Weltkriegs gibt es in allen Sowjetrepubliken sogenannte Vietks, d. s. Kommissionen, die aus je einem Psychiater, einem Arbeitstherapeuten und einem Neurologen bestehen. Sie legen die Arbeitskapazität psychiatrischer Patienten fest, und ihre Entscheidungen sind bindend für alle Arbeitsstätten des Landes. Sie bestimmen auch die Höhe der Sozialrente oder, bei völliger Arbeitsunfähigkeit, die Unterbringung in einem Invalidenheim, in der Familie des Patienten oder einer anderen Form der Schutzaufsicht.

Nur 10–15% der Invaliden mit psychischen Symptomen sind in psychiatrischen Institutionen untergebracht. Alle anderen haben irgendeine Arbeit in der Gemeinde.

Hier wird die unterschiedliche Bestimmung der ›Arbeitstherapie‹ besonders deutlich: Es geht eben nicht um Therapie im eigentlichen Sinn wie bei uns, wo feinsinnig unterschieden wird –

»Beschäftigungstherapie ist eine Behandlung mit sinngebundener und zweckbezogener Tätigkeit, Arbeitstherapie ist eine Behandlung mit zweckgebundenen und sinnbezogenen Verrichtungen.« (Janz, 1969, S. 127)

– sondern hier kommt die völlig andere Stellung des Individuums in der sozialistischen Gesellschaft zum Ausdruck. Jeder einzelne ist es wert und hat auch die Pflicht, seinen Beitrag innerhalb der Gemeinschaft zu erbringen.

Neben der obligatorischen, 1–2mal jährlich stattfindenden Untersuchung verfügt z. B. eine der größten Fabriken des Landes (71 000 Arbeiter) über ein eigenes Spezialprogramm für die Betreuung der Arbeiter mit psychischen Problemen. Dabei ist es interessant, daß das Stigma, das Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeinhin anhaftet, in der SU weitgehend abgebaut zu sein scheint.

»Einer der Werkmeister sagte uns, daß, wenn ein Arbeiter psychische Probleme hat, ihm von seinen Arbeitskollegen Verständnis und Hilfe entgegengebracht wird. Wenn das nichts hilft, schlagen sie ihm vor, zum Arzt zu gehen.« (Gorman, 1971, S. 72 f.)

Überall gibt es Spezialisten, die sich ausschließlich mit der Behandlung und Rehabilitation von Alkoholikern beschäftigen. Neben medikamentöser Behandlung (z. B. Neuraleptika in akuten Stadien) liegt der Schwerpunkt auf individuell und in Gruppen stattfindender Verhaltenstherapie; Psychotherapie soll in Zukunft eine zentrale Rolle spielen, da man mit der Anwendung modernster psychotroper Pharmaka bisher relativ wenig erreicht hat.

Viel Zeit wird auf die Erkundung der Arbeitsplatzsituation und der Arbeitskapazität verwandt. Unterstützt von einem Sozialarbeiter sucht der Psychiater des zuständigen Ambulatoriums nach Umwelteinflüssen, die die Trunksucht seines Patienten mitbeeinflußt haben könnten. Dazu ge-

hören auch Gespräche mit Arbeitskollegen, mit Familienangehörigen und Freunden, die früher mit ihm zusammen getrunken haben. Man macht sie mitverantwortlich für seine Sucht, aber auch für den Erfolg bei dem Versuch des Patienten, sie zu überwinden.
Die Gefängnisse verfügen über eigene Alkoholiker- bzw. Ausnüchterungsstationen, die es ermöglichen, etwa einen Herzkranken durch den leitenden Arzt oder eine Schwester sofort medikamentös zu behandeln oder in ein Krankenhaus zu überweisen. Ist das nicht nötig, so kann der Betroffene sich hier ausschlafen und wird am nächsten Morgen von einem Polizeifahrzeug nach Hause oder zu seinem Arbeitsplatz gebracht. Für Übernachtungs- und Behandlungskosten muß er selbst aufkommen.
Arbeitsstelle und Familienangehörige werden von dem Vorfall unterrichtet. Das ist zu verstehen im Rahmen einer breit angelegten Kampagne, die Fabriken, Schulen und Haushalte erfaßt und über die Gefahren des Alkohols aufzuklären versucht. Wie in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens bemüht man sich auch hier, der Prophylaxe einen besonderen Platz einzuräumen.

VIII.2 Psychiatrie in der Volksrepublik China

Die Geschichte der chinesischen Psychiatrie erstreckt sich eigentlich nur auf den kurzen Zeitraum seit der Revolution. Vorher war die psychiatrische Betreuung auf die großen Städte wie Peking, Nanking, Schanghai und Kanton beschränkt.
In den ersten 10 Jahren danach wurden in 21 Provinzen 60 neue Kliniken zur Unterbringung psychisch Kranker erbaut. Die Bettenzahl erhöhte sich allein in den vier größten Städten des Landes von 1000 (1949) auf 20 000 (1957), und die Zahl der Psychiater stieg von 60 auf rund 400 in dem gleichen Zeitraum an. Für die Zeit nach 1959 fehlen uns genauere Angaben.
Myrdal berichtet von den Bewohnern eines Dorfes, die sich nach dem ›Genossenschaftlichen Gesundheitsdienst-System‹ selbständig eine Art ›Krankenversicherung‹ einrichteten. Von allen Angeschlossenen wird ein geringer Betrag entrichtet. Dafür werden alle Medikamente kostenlos abgegeben. Ist die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich, so trägt dieses bei einer Behandlungsdauer bis zu drei Wochen alle Kosten. Bei einem längeren Krankenhausaufenthalt übernimmt die Brigade im Rahmen der ›5 Garantien‹ (= Zusicherung von Essen, Kleidung, Brennstoff, einem ehrenvollen Begräbnis und der Ausbildung der Kinder), die während der großen Kulturrevolution eingeführt wurden, die anfallenden Ausgaben.
In jeder Arbeitsgemeinschaft ist jeweils einer für die Gesundheitsüberwa-

chung zuständig. Er trifft sich regelmäßig mit anderen, die die gleiche Funktion ausüben, um Akupunktur, Symptome verschiedener Krankheiten und ähnliche Fragen zu diskutieren. Regelmäßig organisieren sie Lehrgänge in Hygiene, erster Hilfe und Krankenpflege. Die Betonung liegt eindeutig auf der Vorsorge. So werden z. B. alle Kinder zweimal jährlich geimpft.

Besonderes Gewicht hat die Ausbildung. Die Nationale Konferenz für Psychiatrie beschloß 1958 (»großer Sprung«) die sogenannte ›Zwei-Spur-Methode‹ (double track-method). Darunter wird 1. eine intensive Ausbildung hochqualifizierter Kräfte und 2. ein Programm der Kurzzeit-Ausbildung verstanden, das die Heranziehung einer möglichst großen Zahl mittlerer psychiatrischer Kräfte gewährleisten soll.

In den ersten Jahren nach der Revolution orientierte sich die chinesische Psychiatrie weitgehend an der sowjetischen. Nach dem ›großen Sprung‹ jedoch und verstärkt nach der Kulturrevolution wurde der klassischen chinesischen Medizin mehr Raum gegeben und ein eigener Weg in der Psychiatrie beschritten.

Bereits 1958 wurde die psychische Gesundheit als eine der drei Hauptaufgaben wissenschaftlicher Forschung benannt. Im gleichen Zeitraum wurde in den größeren Städten Chinas eine Mental-Health-Fragebogenaktion durchgeführt, die ca. 18 Millionen Menschen erfaßte.

Wu Chen-i, ein chinesischer Psychiater, berichtet von folgenden Ergebnissen hinsichtlich der häufigsten seelischen Erkrankungen:

1 *Schizophrenie*, an der etwa 35-40% der 3 875 hospitalisierten Patienten dieser Untersuchung erkrankt waren.

2 *Neurasthenie* wurde z. B. bei rund 60% der ambulant behandelten Patienten des ›Mental Health Department of the Peking College of Medicine‹ festgestellt.

3 Als *Manisch-Depressiv* werden 7-14% bezeichnet.

4 *Paralytischer Hirnstupor* (paralytic mental stupor) fand sich bei ca. 2%.

(Wu Chen-i, zit. n. Chin, 1969, S. 74)

Den Begriff Neurasthenie definiert Li Hsin Tien in folgender Weise:

»Ein Defekt der Regulation von Impuls und Hemmung im Nervensystem. Er manifestiert sich in ernsten Störungen des Nervensystems, vor allem im Hinblick auf Auswirkungen auf die Arbeit, das Studium, Gesellschaft und Familie.« (ebd. S. 70)

Als häufigste Symptome werden Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Alpträume und ein allgemeines Gefühl des Leidens genannt.

Auf der Suche nach den möglichen Ursachen fand sich aufgrund der Fragebogenaktion folgender Zusammenhang (bezogen auf rund 25 000 Personen in Peking):

– Die Kopfarbeiter (›Mind‹worker), die 54,4% der Gesamtpopulation ausmachten, stellten 86,3% der Neurastheniker.

– Die Handarbeiter (Physical laborer) 45,% der Population, wiesen hingegen nur 13,3% Neurastheniker auf.

– Gesonderte Untersuchungen z. B. von Studenten und Stahlarbeitern ergaben, daß die Studenten etwa sechsmal so häufig an Neurasthenie litten wie die Arbeiter.

Die Schlußfolgerung:

»Geistige Arbeit verursacht im cerebrospinalen Nervensystem Spannungen, die nicht durch ein Zuviel an geistiger Arbeit übermäßig stark werden, sondern durch ein Zuwenig an körperlicher Arbeit.« (ebd. S. 75 f)

Folgende Hauptursachen werden aufgeführt:

1 Extreme nervliche Belastung durch die Arbeitssituation

2 Extreme nervliche Belastung durchs Studium, besonders durch ein überhöhtes eigenes Anspruchsniveau

3 Unglückliche Lebensumstände, wie Liebeskummer, Angst vor Fehlern, Schwierigkeiten mit Arbeitskollegen

In der Zeit des großen Sprungs begann man sich auch verstärkt um die Versorgung und Betreuung der psychisch Kranken in den Kliniken zu bemühen. Die Devise lautete:

»Keine Schreie in den Abteilungen für Erwachsene – und kein Weinen auf den Kinderstationen.«

Man legte vermehrtes Gewicht darauf, eine wirklich ›therapeutische Situation‹ zu schaffen, d. h. die soziale Umwelt der Patienten positiv umzugestalten.

Eine wesentliche Rolle bei der Erkrankung und somit auch in der Therapie spielt nach Ansicht chinesischer Psychiater das aktive Bewußtsein.

»Gleichgültig was die äußeren Ursachen sein mögen, die auf das Individuum einen Druck ausüben, – bevor sie zur inneren Ursache für die Erkrankung an Neurasthenie werden können, müssen sie die psychologische Aktivität, besonders den Erkenntnisprozeß durchlaufen.« (ebd. S. 78)

Ende der fünfziger Jahre wurde – zunächst nur zur Behandlung von Neurasthenikern – die sogenannte ›Beschleunigte synthetische Methode‹ (im folgenden BSM) entwickelt. Sie ist besonders zur Behandlung großer Gruppen geeignet und umfaßt, sehr komprimiert, die verschiedensten Techniken: Dazu gehört die Selbstorganisation der Patienten, Arbeitstherapie, körperliche und geistige Aktivitäten (Tanzabende ebenso wie Schattenboxen und Diskussionsgruppen), Akupunktur, Atemübungen, aber auch die medikamentöse Behandlung sowohl mit westlichen Mitteln als auch mit chinesischen Heilkräutern, Elektroschock und Schlaftherapie.

Das qualitativ Neue an dieser Methode lag darin, daß

1 alle Behandlungsmethoden ein einheitliches Programm darstellen

2 diese Methoden obligatorisch durch Psychotherapie, sowohl einzeln als auch in Gruppen begleitet werden

3 die Therapie ausschließlich in Gruppensitzungen vorgenommen wird.

Zunächst wird jeder Patient angehalten, sich einen vernünftigen Tagesplan zu machen, den er möglichst auch nach seiner Entlassung – leicht

modifiziert – beibehalten sollte. Die eigentliche Behandlung beginnt mit einer Art Unterricht über die Form der Therapie, die Wirkung von Medikamenten, die Gründe für das Versagen früherer Behandlungsmethoden und warum sie dieser Therapie vertrauen dürfen. In weiteren Sitzungen wird die Funktion des Gehirns sowie Ursache und Prognose der Neurasthenie erklärt. Anschließend wird dieser Stoff in Kleingruppen von 8–10 Personen weiterdiskutiert. Dabei wählen die Patienten den jeweiligen Diskussionsleiter aus ihrer Mitte.

Auch die Einzeltherapie, die in etwa 4 Sitzungen stattfindet, enthält didaktisches Material.

»Wenn die Patienten ein gewisses Maß an Vorstellungen über psychologische Vorgänge und das Wesen der Krankheit haben, können Enttäuschungen vermieden werden.« (Li Hsin-t'ien, zit. n. Chin, S. 85)

Neben der Einbeziehung des Bewußtseins und seiner drei Komponenten: Wahrnehmung, Wille und Gefühle, wird primär mit den Methoden der Suggestion und der Erklärung gearbeitet.

Ein besonderes Moment stellt noch das persönliche Beispiel des Therapeuten dar. Dieser wird als überaus eifriger, unermüdlicher Arbeiter beschrieben, der »die Patienten nachts zudeckt«, »das Essen für sie einkauft« und, wenn nötig, »heißes Wasser durch kaltes ersetzt« (Chen, zit. n. Chin, S. 82).

Da die BSM sowohl für die Behandlung hospitalisierter Patienten als auch zur ambulanten Behandlung geeignet ist, ermöglicht sie es, daß beispielsweise Studenten, die in einer Art Nachtklinik untergebracht sind, vor Beginn der Vorlesungen, in der Mittagspause und am Abend behandelt werden können. Ähnlich sieht es bei Fabrikarbeitern aus. Da in den größeren Städten Mental-Health-Kliniken über alle Bezirke verteilt sind, können die Patienten in ihrem gewohnten Arbeitsrahmen verbleiben.

Die Behandlungsdauer wird bei Neurasthenikern mit 3–4 Wochen und bei Schizophrenen, die neuerdings auch mit der BSM therapiert werden, mit rund 16 Wochen angegeben. Der Heilungs- und Besserungserfolg liegt bei Neurasthenikern bei etwa 75% und dauert in weiteren 75% dieser Fälle auch nach neun Monaten noch an. Die Quoten bei Schizophreniebehandlung liegen nicht ganz so hoch. Unter den Genesenen sollen sich Patienten befinden, die schon bis zu 15 Jahren an Neurasthenie gelitten hatten.

Nach der Entlassung aus stationärer Behandlung werden die ehemaligen Patienten von ihrem Therapeuten noch einige Zeit zu Hause oder auch am Arbeitsplatz aufgesucht. Teilweise kommen sie auch an bestimmten Tagen in die Klinik, um an Diskussionen der Kleingruppen teilzunehmen. Immer wieder wird die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient herausgestellt:

»Gewappnet mit dem Wissen, das er vom Arzt erhalten hat, kann der Patient mit seinem ganzen Willen den Kampf mit seiner Krankheit aufnehmen.« (Li Ch'ung-pei et al., zit. n. Chin, S. 91)

Die eigentliche Quelle für seine Motivation aber wird in der sozialistischen Gesellschaft selbst gesehen:

»Die einzige Quelle unbegrenzter Motivationen zur Bekämpfung der psychischen Krankheit ist die Empfindung von Verantwortlichkeit gegenüber dem Sozialismus.« (ebd.)

Doch erst die Gesamtheit aller Beteiligten, ihre gegenseitige Aufmerksamkeit und Verantwortung füreinander bringt den Sieg über die Krankheit:

»So wurde eine Patientin, die sechsmal Anfälle von Geistesgestörtheit hatte und mehr als zwanzigmal mit Elektroschock behandelt worden war, dadurch keineswegs geheilt, sondern im Gegenteil seelisch wie körperlich arg gequält. [In der erwähnten Klinik war die EK-Behandlung gestrichen worden.] Nachdem sie in die Bezirksnervenklinik in Tschendschou eingeliefert worden war, zerriß sie bei einem Anfall den Deckenbezug in kleine Stücke und zog die roten Fäden des Baumwollfutternetzes aus, um damit eine rote Fahne zu sticken. Das machte dem medizinischen Personal klar, daß die Patientin nicht ganz verwirrt war. Aufgrund dieses Tatbestandes studierte man oft mit ihr, führte freimütige Aussprachen und leistete eingehende, sorgfältige ideologische Arbeit bei ihr, so daß der Knoten in ihrem Hirn beseitigt wurde. Danach wurde ihr noch wiederholt Belehrung, Hilfe und medikamentöse Behandlung zuteil; so konnte sie in bloß etwas mehr als drei Monaten wieder genesen die Klinik verlassen.« (Zit. n. *China im Bild*, Nr. 11)

VIII.3 Krankheit und Sozialismus

Gelegentlich wird, besonders von Leuten, die das ›Scheitern des Sozialismus‹ nachweisen möchten, die Vermutung geäußert: Wenn es stimmt, daß eine wesentliche Ursache für psychische Erkrankungen im kapitalistischen System selbst zu sehen ist, so müßte doch nach der Revolution – gewissermaßen am Tage der Machtübernahme – jede Form psychischer Störungen verschwinden.
Und triumphierend wird dann darauf hingewiesen, daß es sowohl in der DDR und der SU als auch in China Neurosen, Psychosen u. ä. gibt.
Dabei wird übersehen, daß sich das von der alten Gesellschaftsordnung geprägte Bewußtsein nicht von einem Tag auf den anderen *automatisch* verändert. Es geht vielmehr darum, die so entstandenen Widersprüche zu erkennen, zu bekämpfen und die *Entwicklung und Weiterentwicklung* des neuen Bewußtseins voranzutreiben. Das gilt für alle Bereiche, für die Sozialisation, die Arbeitsbedingungen usw.
Hacker (1969) nennt folgende Bereiche für das Auftreten von Widersprüchen, die sich durch die Verlagerung der Arbeitsanforderungen bei der Entwicklung der Produktionsbedingungen im Sozialismus ergeben können:

1 Erhöhung des Anteils der kognitiven, insbesondere der intellektuellen Anforderungen
2 Verlagerung von schweren körperlichen Anforderungen zur Feinmotorik
3 Notwendigkeit einer vielseitigen Allgemeinbildung und Weiterbildung

Diese Probleme treten zwar auch unter kapitalistischen Produktionsbedingungen auf – aber eben unter völlig verschiedenen gesellschaftlichen Verhältnissen, die nicht die *Möglichkeiten* wirklicher Veränderung in sich tragen.
M. Gorman, auf dessen Bericht nach einer längeren Reise durch die SU unsere Darstellung des dortigen Standes der Psychiatrie sich wesentlich stützt, schreibt zu Ende seines Artikels:

»Verglichen mit den Leistungen der Russen, aber auch mit ihren Plänen, die sie verkündet haben, scheinen unsere amerikanischen Ziele in den letzten Jahren während der *community psychiatric revolution* ziemlich begrenzt zu sein, weil sie das überholte System einer auf Zahlungsfähigkeit beruhenden Versorgung nicht antasten.« (Gorman, 1971)

Damit hat er zwar recht, aber eine Erklärung für die Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung bzw. dem gesamten Gesundheitssystem ist das nicht.
Erst auf der Basis radikal veränderter gesellschaftlicher Verhältnisse ist eine neue Einstellung zum Menschen möglich. Inwieweit diese *Möglichkeit* in den beiden genannten Ländern genutzt wird, wissen wir – was die Psychiatrie betrifft – nicht.
Aber nur auf der Grundlage der veränderten Produktionsbedingungen ist das in allen sozialistischen Staaten bestehende *Recht* auf Gesundheit und das Recht einer optimalen, allen gleichermaßen zur Verfügung stehenden medizinischen Versorgung zu begreifen. Das Geld, das hierfür benötigt wird, ist von jenen, die diese Hilfe in Anspruch nehmen, erarbeitet worden. Es ist also eine Selbstverständlichkeit, daß sich niemand privat daran bereichert.
Schon die Ausbildung, auf die besonderes Gewicht gelegt wird, steht unter anderen Vorzeichen als bei uns. Sie ist nicht von vornherein begrenzt durch das Motto: Mit möglichst wenig Mitteln möglichst viel erreichen – was auf wissenschaftlichem Sektor in einer hochindustrialisierten Gesellschaft weniger denn sonstwo zu einem befriedigenden Ergebnis führen kann. Ausbildung kostet zunächst nur Geld und bringt, wenn überhaupt, im Hinblick auf ärztliche Leistungen nur mittelbaren Profit durch Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Arbeitskraft. Das allein zählt im Kapitalismus.
Auch die Verstaatlichung des Gesundheitswesens wie in Schweden oder England ändert daran nichts wesentliches. Die Möglichkeit, durch vermehrte oder ›bessere‹ Leistungen privat niedergelassener Ärzte aus der

Krankheit Profit zu machen, besteht weiter, von den Umsätzen der pharmazeutischen Industrie gar nicht zu reden.
Am Beispiel der ›Beschleunigten Synthetischen Methode‹ der chinesischen Psychiatrie wird ein weiterer grundsätzlicher Unterschied deutlich: Wissenschaft ist nicht länger Ausdruck von Macht über die ›Unwissenden‹. Sie steht im Dienste aller Menschen, die also ein selbstverständliches Recht darauf haben, zu erfahren, von welchen Grundlagen sie beispielsweise in der Therapie ausgeht, wie sie angewendet wird, wie sie arbeitet. Kurz: Es geht darum, nicht länger Objekt einer Behandlung zu sein, sondern etwas zu benutzen, was einem gehört, was man kennt und zu benötigen glaubt.
In China ist deutlich zu erkennen, daß gesellschaftliche und politische Prozesse, wie z. B. die große Kulturrevolution, bewußt in alle Lebensbereiche übersetzt und angewendet werden. So wirken sich diese Veränderungen in den gesellschaftlichen Beziehungen auch auf die Einschätzung und Anwendung therapeutischer Maßnahmen aus und prägen sie wesentlich.

Literatur

Ackermann, N. W.: The functions of a family therapist. In: Dynamische Psychiatrie, Heft 2, 1968, S. 99-109

Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt, Hamburg, 1969
Basaglia, F.: Die negierte Institution. Frankfurt, 1971
Basaglia, F. und Basaglia Ongaro, F.: Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle. Frankfurt, 1972
Bateson, G. u. a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969
Bauer, M. u. Picard, W.: Bericht über den Besuch psychiatrischer Einrichtungen in England. In: Soz. Psych. Inform., Nr. 3, 1971
Bauer, M. und Richartz, M.: Vom Elend der Psychiatrie in unserem Lande: Rehabilitation u. präventive Möglichkeiten in der Psychiatrie. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 4, 1971, S. 2-10
Blankenburg, M.: Zur Leistungsstruktur bei chronischen endogenen Psychosen. In: Der Nervenarzt Heft 8, 1971
Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Auflage., Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960
Bleuler, M.: Sühne und ärztliche Behandlung in ihrer heilenden Bedeutung. In: Schuld, Verantwortung, Strafe, 1964
de Boor, W.: Über motivisch unklare Delikte. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1959
ders.: Bewußtsein und Bewußtseinstörungen. Berlin, Heidelberg, New York, 1966
Bosch, G.: Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. In: Der Nervenarzt, Heft 2, 1971
ders.: Intensivierung durch Integrierung. In: Der Nervenarzt, Heft 10 1971
Bosch, G., Häfner, H., Kulenkampf, C.: Sozialpsychiatrische Teilhospitalisierungs- und Übergangseinrichtungen. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 5, 1971
Bresser, P. H.: Grundlagen und Grenzen der Begutachtung jugendlicher Rechtsbrecher. Berlin, 1965
Bronisch, F. W.: Klinische und psychopathologische Anmerkungen zur gegenwärtigen

Stellung der Elektrokrampf-Behandlung im therapeutischen Plan. In: Psychopathologie heute, hrsg. von Kranz, Heinrich. Stuttgart, 1962
Buck, H.: Brief an den Senator für Gesundheit und Umweltschutz. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 6, 1971

Cardiazol-Pharmakologie und Klinik. Hrsg.: Knoll-AG., Ludwigshafen, 1951
Chin, R. and Chin, A.: Psychological research in communist China: 1945-1966. Cambridge, Mass. and London, Engl., 1969
China im Bild: Geisteskranke gewinnen ein neues Leben. Nr. 11, 1971
Cooper, D.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt, 1971
ders.: Der Tod der Familie. Hamburg, 1972

Degwitz/P. W. Schulte: Versorgung psychisch Kranker in der BRD. N. A. Jg. 42, H. 1, 1971
Degkwitz, R.: Zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 4, 1971

Ferenczi, S.: Bausteine zur Psychoanalyse, BD. III (1908-1933). Bern u. Stuttgart, 1964
ders.: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. I. Frankfurt, 1970
Fenichel, O.: The psycho-analytic theory of neurosis. New York, 1945
Fischer, F.: Irrenhäuser. München, Wien, Basel, 1969
Flegel, H.: Die psychiatrische Krankenhausabteilung als therapeutische Gemeinschaft. In: Der Nervenarzt, Heft 4, 1966
Freeman, Th. u. a.: Studie zur chronischen Schizophrenie, Frankfurt, 1969
Freud, S.: Über Psychotherapie. Ges. Werke, Bd. 5 (1904-1905)
ders.: Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Ges. Werke, Bd. 8 (1909-1913)
ders.: Die ›wilde‹ Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. 8 (1909-1913)
ders.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. Werke, Bd. 10 (1913-1917)
ders.: Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. 12 (1917-1920)
ders.: Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. Ges. Werke, Bd. 13 (1920-1924)
ders.: Neurose und Psychose. Ges. Werke, Bd. 13 (1920-1924)
ders.: Kurzer Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werk, Bd. 13 (1920–1924)
ders.: Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. Ges. Werke, Bd. 14 (1925-1931)
ders.: Die Frage der Laienanalyse. Ges. Werke, Bd. 14 (1925–1931)
ders.: Die endliche und die unendliche Analyse, Ges. Werke, Bd. 16 (1932-1939)
ders.: Das ökonomische Problem des Masochismus. Ges. Werke, Bd. 13 (1920-1924)
ders.: Abriß der Psychoanalyse. Frankfurt, 1953

Gesetz über die Entziehung der Freiheit Geisteskranker, Geistesschwacher, rauschgift- und alkoholsüchtiger Personen. Auszug aus dem Gesetz- und Verordnungsblatt f. d. Land Hessen, Jahrg. 1952, Nr. 11 vom 24. 5. 1952
Goffmann, E.: Asylums. Ancor Books, Garden City, N. Y., 1961. Deutsche Ausgabe: Herbst 1972 Suhrkamp Verlag
Gorman, M.: Sowjetische Psychiatrie und der russische Bürger. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 3, 1971
Gross, G. et. al.: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen. In: Der Nervenarzt, Heft 6, 1971
Gruhle, H. W.: Verstehen und Einfühlen. Gesammelte Schriften, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1953

Hacker, W.: Die psychologische Analyse der Arbeitstätigkeit als produktive wirksame Forschungsarbeit. Zit. n. Seidel, R., in: Das Argument, Heft 1/2, 1972
Heinrich, K.: Das postremissive Erschöpfungssyndrom. In: Der Nervenarzt, Heft 2, 1967.
Hemprich/Kisker: Die »Herren der Klinik« und die Patienten. In: Der Nervenarzt, 1968
Hildebrandt, H.: Forensische Begutachtung eines Spartakisten. In: Allg. Zeitschrift f. Psych. 76. Jahrg. 1920
Hollingshead, A. & Redlich, F.: Social class and mental illness. New York, 1959

Janz, H. W. und Hiller, Fr.: Allgemeine Grundlagen der psychiatrischen Beschäftigungstherapie. In: Therapeutische Faktoren im Werken und Formen. Hrsg. Hills, K., Darmstadt, 1971

Kahn, E.: Psychopathen als revolutionäre Führer. In: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Berlin, 1920
Kahne, M. Y.: Burokratic structure and impersonal experiments in mental hospitals. In: Weinberg, K. S., 1967, a.a.O.
Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch. Leipzig, 1896
Krauss, P.: Über die in der Rehabilitationsabteilung gemachten psychiatrischen Erfahrungen. In: Der Nervenarzt, Heft 3, 1971
Kulenkampf, C.: Charakteristische Momente der sozialpsychiatrischen Praxis in der UdSSR. In: Sozialpsychiatrie, Nr. 3, 1967

Laing, R. D.: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt, 1971
Leavy, S. and Freedman, L.: Psychoneurosis and economic life. In: Weinberg, K. S. 1967, a.a.O.
Leferenz, H.: Zur Frage eines theoretischen oder pragmatischen Krankheitsbegriffs bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. In: Mschr. Krm., 1956
Lidz, Th. u. a.: Die interfamiliäre Umwelt der Schizophrenen: Der Vater. In: Psyche, Heft 5 u. 6, 1959
Lidz, Th.: Schizophrenie und Familie. In: Psyche, Heft 5 u. 6, 1959

Moser, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie. Frankfurt, 1971
Müller, M.: Therapie der Schizophrenien. In: Psychiatrie der Gegenwart. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960
Myrdal, J.: China. Die Revolution geht weiter. München, 1971

Oltman/Garry/Friedman: Parental Deprivation and the ›Broken Home‹. In: Dementia Praecox and other Mental Disorders, AJP 108 (1952), S. 685

Parker, B.: Meine Sprache bin ich. Frankfurt, 1970
Parow, E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. Frankfurt, 1972
Pine, F. und Levinson, D.: The sociopsychological conception of patienthood. In: Weinberg, K. S. 1967, a.a.O.
Protokolle des Sonderausschusses ›Strafrecht‹ des Deutschen Bundestages, 4. Wahlperiode, 34. und 35. Sitzung
Psychologie: Fischer-Lexikon. Frankfurt, 1957

Ranabauer, W.: Psychiatrische Diagnose unter psychologischen Gesichtspunkten. In: Der Nervenarzt, Heft 5, 1968
Redlich, F./Freedman, D. u. a.: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt, 1970
Reil, J. Ch.: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf die Geisteszerrüttungen. Halle, 1803
Rosen, J. N.: Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart, 1964

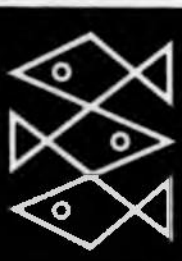
Salm, H.: Industrielles Arbeitstraining im Rahmen rehabilitierender Maßnahmen. In: Der Nervenarzt, 1971
Scheff, Th.: The social reaction to deviance. In: Weinberg, K. S. 1967, a.a.O.
Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1962[6]
Schulte, W.: Die gesunde Umwelt und ihre Reaktion auf Psychosen und Psychopathen. In: Psychiatrie und Gesellschaft. Bern, 1958
Simon, H.: Aktivere Behandlung in der Irrenanstalt. Leipzig, 1927
Small, L./Bellak, L.: Kurztherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt, 1972
Spiegel, Nr. 31, 1971
Spieß, Ch.: Biographien der Wahnsinnigen. Hrsg. Promies, W. Stuttgart, 1966
Spitz, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, 1967
Stierling, H.: Der gewalttätige Patient. Basel, 1967
Strehse, W.: Bericht über beschützende Werkstätten und Arbeitstherapie in den Niederlanden. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 3, 1971
Szasz, T.: Politics and mental health. In: American Journal of Psychiatry CXV, 1958
Szasz, T.: The myth of mental illness. London, 1962

Trimbos, C.: Sozialpsychiatrie in den Niederlanden. In: Soz. Psych. Inform. Nr. 6, 1971

Weinberg, K. S., ed.: The sociology of mental disorders. Chicago, 1967
Weitbrecht, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1963
Witter, H.: Grundriß der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, 1970
Wulff, E.: Psychopathie? – Soziopathie? In: Das Argument, Heft 1/2, 1972

Yi-chung, L.: Contradictory parental expections in schizophrenia. In: Weinberg, K. S., 1967, a.a.O.

Fischer Taschenbuch Verlag



Psychoanalytische Literatur

Sigmund Freud

Studien und Hysterie
6001/DM 3,80

Darstellungen der Psychoanalyse
6016/DM 3,80

Abriß der Psychoanalyse
Das Unbehagen in der Kultur
6043/DM 2,80

Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
6044/DM 2,80

Totem und Tabu
6053/DM 2,80

Massenpsychologie und Ich-Analyse
Die Zukunft einer Illusion
6054/DM 2,80

Über Träume und Traumdeutungen
6073/DM 2,80

Zur Psychopathologie des Alltagslebens
6079/DM 2,80

Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten
6083/DM 3,80

Selbstdarstellung
Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse
6096/DM 4,80

Brautbriefe
899/DM 2,80

Alfred Adler
Menschenkenntnis
6080/DM 3,80

Michael Balint
Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse
1035/DM 4,80

Der Arzt, sein Patient und die Krankheit
6005/DM 4,80

Johannes Cremerius (Hg.)
Psychoanalyse und Erziehungspraxis
6076/DM 5,80

Hans Peter Gente (Hg.)
Marxismus Psychoanalyse Sexpol
Bd. 1: 6056/DM 5,80
Bd. 2: 6072/DM 5,80

Wilhelm Reich
Die sexuelle Revolution
6093/DM 4,80

Die Entdeckung des Orgons
Die Funktion des Orgasmus
6140/DM 5,80

Reimut Reiche
Sexualität und Klassenkampf
6082/DM 3,80

Robert Waelder
Die Grundlagen der Psychoanalyse
6099/DM 3,80

Sigmund Freud im S. Fischer Verlag

- Gesammelte Werke in 18 Bänden
- Studienausgabe in 10 Bänden
- Briefausgaben

eva titel:

eva Allgemeines Buchprogramm

Peter Brückner
Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus
Sozialpsychologie der antiautoritären Bewegung 1
192 Seiten, kartoniert DM 12,–
Veröffentlichung des Psychologischen Seminars der TU Hannover

Klaus Dörner
Bürger und Irre
Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie
412 Seiten, Leinen DM 35,–

Erich Fromm
Die Furcht vor der Freiheit
293 Seiten, kartoniert DM 16,80

Erich Fromm
Der moderne Mensch und seine Zukunft
Eine sozialpsychologische Untersuchung
Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Rotten
336 Seiten, kartoniert DM 19,80

Wilhelm Reich
Die sexuelle Revolution
Zur charakterlichen Selbststeuerung des Menschen
320 Seiten, Leinen DM 18,–

evareihe: „Politische Psychologie"

Bildungspolitische Probleme in psychologischer Sicht
Herausgegeben und eingeleitet von Kurt Aurin
Band 7 · 212 Seiten · Lexikonformat, kartoniert DM 20,–

Politische Beeinflussung – Voraussetzungen, Ablauf und Wirkungen
Herausgegeben und eingeleitet von Klaus Dieter Hartmann
Band 8 · 176 Seiten · Lexikonformat, kartoniert DM 18,–

37/72

eva
Europäische Verlagsanstalt
Frankfurt am Main

Dossier:
Patientenselbstorganisation und Staatsapparat

Jürgen Roth: Psychiatrie und Praxis des Sozialistischen Patientenkollektivs

»Ich galt als guter Psychiater, obwohl ich Patienten der 3. Klasse noch mit Elektroschocks behandelte, als in den Stationen der Wohlhabenden Elektroschocks längst verpönt waren. Ich galt als guter Psychotherapeut, auch nachdem einer meiner Patienten Selbstmord verübt hatte. Ich galt unter Kollegen selbstverständlich weiter als guter Arzt, obwohl ich einen Gehirntumor nicht rechtzeitig erkannt habe und der Patient einige Wochen später bei der Operation starb. Ich habe Tausende von Patienten behandelt, Hunderte von großen Analysen durchgeführt. Doch seit Februar 1970 galt ich als gefährlicher Dilettant, als Versager, als Kurpfuscher.«

Wolfgang Huber, Doktor der Medizin, sprach am 19. November 1970 in der Heidelberger Universität über sich und das von ihm mitbegründete Sozialistische Patientenkollektiv (SPK). Acht Monate nach dieser Rede, am 21. Juli 1971, wurden insgesamt 310 Polizisten, ausgerüstet mit Panzerwesten und Schnellfeuergewehren, eingesetzt, um das SPK zu zerschlagen. Unter dem Vorwand, das Patientenkollektiv sei »Aushängeschild für eine kleine Gruppe von Stadtguerillas«, verhaftete die Polizei 11 seiner Mitglieder. Einer der Verhafteten war Wolfgang Huber. Seitdem wird er in offiziellen Akten und in den Berichten der Meinungsmonopole als Verbrecher und Anarchist bezeichnet. *Bild am Sonntag* wußte sogar einen »Staatsstreich mit Berufsverbrechern« zu melden, und ein Belastungszeuge war ebenfalls da, um die »kriminellen Verdachtsmomente« zu bestätigen. Dieser Zeuge, ein ehemaliges Mitglied des Kollektivs, erklärte jedoch acht Monate später, Ende März 1972, daß Polizei und Verfassungsschutz ihn bestochen, bedroht und eingeschüchtert hatten, um ihn zu belastenden Aussagen, sprich Lügen, über das SPK zu zwingen.
Aus der Kriminalisierung und anschließenden Zerschlagung des SPK spricht die Angst der herrschenden Klasse vor einer Aktivität, die ihre Herrschaft in Frage stellt. Eines der Elemente dieser Herrschaft ist die systemkonforme Unterdrückungspsychiatrie, deren Praxis man sich vor Augen halten muß, will man die ursprüngliche Motivation der Patienten, eine Patientenselbstorganisation zu gründen, begreifen.

Die Praxis der Unterdrückungspsychiatrie

In den psychiatrischen Anstalten wird die gesellschaftliche Unmündigkeit und Abhängigkeit der Kranken, die durch ihre Klassensituation bedingt

ist und durch die Krankheit intensiviert wurde, total. Ihre aktuelle Situation akkumuliert sich zur physisch und psychisch erlebbaren Unterdrükkung und Auflösung jedes individuellen Freiheitsanspruches. Medikamente, Elektroschocks, Handauflegung, Trost und karitative Führung sind die bekanntesten Unterdrückungsmechanismen. Wenn sich die Tore der Heilanstalten hinter dem Kranken schließen, ist jeder Anspruch auf Individualität – soweit diese nicht ohnehin schon im System nivelliert wurde – verwirkt.

Bericht einer Patientin, die 8 Jahre in einer psychiatrischen Anstalt lebte:

»Der Pfleger betritt das Nebenzimmer. ›Hast du schon wieder das Bett verschissen. Täglich dasselbe . . .‹ Still liegen die Kranken in ihren Betten. Nur ihre verängstigten Augen sprechen. Das sind die einzigen Reden, die sie in ihrem abgeschlossenen Zimmer hören. Sie sind gelähmt, Schlaganfall. Aufstehen können sie nicht. Sie sind angebunden. Auf den Nachtstuhl setzt sie niemand. Für die Kranken an sich schon ein widerliches Erlebnis ihrer Hilflosigkeit. Und dann der Elektroschock. Verängstigt sitzen die Patienten im Eßraum vor dem Schlafsaal, in dem die elektrische Behandlung vorgenommen wird. Manche weinen vor Furcht verzweifelt vor sich hin, denn es gibt keine Rettung vor der vom Arzt anberaumten Peinigung. Sehr häßlich ist es, daß Spritzen auch als Bestrafung gegeben werden. Ich erlebte einmal, daß eine junge Patientin neu auf Station E 3 kam. Man wies ihr eines der 20 Betten an, und jemand sagte ihr: ›Frau Franz neben ihnen steht manchmal nachts auf und schlägt ihre Nachbarin.‹ Die Patientin weigerte sich, in dieses Bett zu gehen, und bat um einen anderen Platz. Daraufhin zerrten mehrere Schwestern das bedauernswerte Mädchen ins Bett, zwei banden ihr ein Laken um den Kopf, das sie am Hals hinten fest zusammendrehten; andere hielten ihren Körper fest und eine gab ihr die Spritze ins Hinterteil.«

Ein ehemaliger Pfleger des rheinischen Landeskrankenhauses Süchteln protokollierte einen Fall, der von einer Extremsituation her Licht auf den Klinikalltag wirft:

»In den unruhigen Männerabteilungen wollte die Pfleger-Tagesschicht der Nachtschicht eins auswischen. Die Tagesschichtleute gaben den Patienten daher nicht die üblichen Schlaftabletten, sondern Abführmittel. Prompt war nachts die Hölle los. Die Kranken stürzten zu den beiden einzigen Toiletten und prügelten aufeinander ein. Die Pfleger wehrten sich mit Handkantenschlägen auf die Leber und spritzten die kampfunfähig geschlagenen Patienten mit Beruhigungsmitteln ab.«[1]

In der Psychiatrie bestimmt Brutalität und Disziplinierung die Behandlung der Kranken. Damit die gesellschaftliche Forderung erfüllt wird, die vor der Entlassung stehenden Patienten so schnell wie möglich in den wirtschaftlichen Leistungsprozeß einzugliedern, werden die Patienten militärischer und moralischer Zucht unterworfen. Gleichzeitig werden aber relativ gesunde Patienten in vielen Fällen nicht entlassen, da sie als billige und kostenlose Arbeitskräfte den finanziellen Etat der Anstalten aufstoken helfen.[2]

Die mit der Industrie kooperierenden Professoren, wie Jürg Zutt, Professor für Psychiatrie und Neurologie in Frankfurt, sehen das so:

»Sie, die Kranken, verzichten auf Freiheit, weil sie eine andere Freiheit gewinnen. Freiheit nämlich von jeder Verantwortung in einem faulen Leben.«[3]

Damit die Patienten ja nicht auf den Gedanken kommen, ihre Arbeitskraft zu verweigern, damit sie also »kein faules Leben« führen, sind die bürgerlich-progressiven Psychiater zu der einzig logischen Konsequenz gelangt: »Wir müssen unsere Kranken für das Fließband fit machen« (so ein Arzt des Landeskrankenhauses Königslutter), »bei uns wird auf Arbeitsdisziplin und Zeitdisziplin trainiert« (so der Süchtelner Therapeut Bruno Glombeck, der in vier bis sechs Wochenkursen Genesende an der Werkbank drillt). Und ein Informationsblatt für Patienten der sozialpsychiatrischen Klinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Häfner) präzisiert:

»Die Arbeitstherapie verfolgt zwei Ziele: a) die häufig gestörte (!) Arbeitsfähigkeit allmählich mit zunächst gröberen Tätigkeiten wieder zu üben und die Belastbarkeit der Patienten zu erproben, b) die zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Patienten und mit der Außenwelt so früh wie möglich auch auf dem Gebiet der gemeinsamen Arbeit zu verstärken.«

Eine andere Mitteilungsschrift, aus derselben Klinik, verdeutlicht, daß Rehabilitation in Wirklichkeit Reparatur der Ware Arbeitskraft bedeutet:

»Darüberhinaus fördert die Arbeit in der Gruppe auch die Entwicklung von sozialem Verhalten in der Arbeitssituation. Wenn ein Patient in seinem Leistungstempo zurückbleibt, wird er von den anderen darauf hingewiesen. Je nachdem wie die Gruppe ihn einschätzt, hilft sie ihm oder fordert mehr Anstrengung von ihm.«[4]

Um die Arbeitstherapie zu vervollständigen, muß das Verhalten der Patienten an bürgerliche Moralvorstellungen angepaßt werden. So bestimmt die Hausordnung der rheinischen Tagesklinik Rheydt, daß die Patienten nach dem System von Belohnung und Bestrafung bewertet werden. Danach werden bestraft: »absichtliches Zu-langsam-Arbeiten, Untergraben der Arbeitsmoral, nachlässige Körperpflege, schlechte Tischsitten, Rauchen außerhalb der dafür bestimmten Zeiten«. Belohnt wird mit »Lagerfeuer, Tanztee, Festessen (große Belohnungen) und Kaffeeklatsch, Quiz, Vorlesen (kleine Belohnungen)«.

Die Arbeitstherapie, als das wesentliche Therapieinstrument der etablierten und modernistisch aufgemöbelten Unterdrückungspsychiatrie, verfolgt nur das eine Ziel, den Kranken, der durch die Produktionsbedingungen und die dadurch entstandenen Konflikte krank wurde, so weit wieder zu reparieren, daß er a) konflikt- und reibungslos im Produktionsprozeß verwendet werden kann und b) als willenloses Produkt sich allen Anordnungen und Befehlsimpulsen hingibt. Autoritätsfixierte, willige und angepaßte Arbeitsobjekte verlassen die Anstalten, in denen Fertigkeiten vermittelt werden, die allein den Zwecken des Staatsapparates und der Industrie dienen.

Darum war und ist die Industrie auch immer bereit, gerade die psychiatrischen Anstalten mit Geldspenden zu unterstützen, insbesondere da die Patienten dort als experimentelles Arbeitsfeld für subtile Methoden der Anpassung an Leistungserfordernisse und für Arzneimittelversuche dienen. Es ist allgemein bekannt, daß gerade in den psychiatrischen Anstalten die meisten Versuche mit Menschen, an Menschen ohne Einwilligung der Betroffenen gemacht werden, da Isolation und Abhängigkeit den Arzt und Wissenschaftler, der von der Industrie entlohnt wird, geradezu herausfordern, ungestört am Menschen zu experimentieren. Noch etwas anderes bestätigt die Vermutung, daß Psychiater mit Patienten wie die Nazis mit den Juden umgehen: daß nämlich die Kritiker und Verweigerer der kapitalistischen Gesellschaft, die in Zukunft auf die »Arbeitstherapie« verstärkt angewiesen sein wird, von der herrschenden Psychiatrie als »abartig« bezeichnet werden. So findet man in dem Lehrbuch *Psychiatrie in Stichworten* unter dem Titel »Psychopathische Versager« einen Katalog von Gesellschaftsfeinden, die mit psychiatrischen Kranken und Krankheiten identifiziert werden. In diesem Katalog zählen zur Unterform von *Parasiten:* »Vagabunden, Gammler, Bummler, Arbeitsverweigerer . . .«, und zur Unterform von *Phantasten:* »Anarchisten, Träumer, Abenteurer, Outsider, Hochstapler«.[5]

Das SPK, das das gesamte korrupte System der Psychiatrie in Frage stellte, wurde in den Gutachten und Stellungnahmen der führenden Vertreter eben dieser Psychiatrie mit ganz ähnlichen Kategorien bedacht, nämlich: »anarchistisch, gemeingefährlich, Blender, Verführer, Haß- und Aggressionskollektiv, aggressive Psychopathen, Kriminelle«.

Die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Psychiatrie und Industrie gehen so weit, daß diejenigen, die die Arbeit unter den bestehenden Produktionsverhältnissen verweigern oder gegen die Produktionsverhältnisse kämpfen, als kriminell, als psychiatrische Fälle bezeichnet werden – um dann besser selektiert werden zu können.

Wer als Proletarier – und Proletarier sind es hauptsächlich, die die psychiatrischen Anstalten frequentieren – durch die »Arbeitsrehabilitation« in den Arbeitsprozeß entlassen wurde, kann mit großer Wahrscheinlichkeit damit rechnen, bald wieder in die Klinik eingewiesen zu werden – man nennt das auch Drehtürpsychiatrie –, denn an seinen Lebensbedingungen hat sich nichts geändert, die Widersprüche zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung werden durch die Verschärfung der Unterdrückungsmechanismen am Arbeitsplatz wie in der Gesellschaft eher noch intensiviert. Der dadurch entstehende Konflikt äußert sich erneut als Krankheit. Die Psychiatrie wird auf Anordnung und mit finanzieller Unterstützung der Industrie feinere Anpassungsmethoden finden müssen.

In dieser Situation, einer an kapitalistische Produktionsbedingungen und

an Profitstreben gebundenen Unterdrückungspsychiatrie, fühlten sich die Herrschenden durch eine Patientengruppe, die zuerst lediglich kritische Denkansätze konsequent weiterentwickelte, bedroht und forderten die sofortige Auflösung der Gruppe.

Die Konfrontation mit der Unterdrückungspsychiatrie

»Unsere Gesellschaft ist eine Klassengesellschaft, d. h. es gibt Ausbeuter und Ausgebeutete. Die Ausbeutung tritt heute nicht mehr unmittelbar als materielle Armut in Erscheinung, sondern nimmt die Form massenhafter psychischer Verelendung an.«[6]

Was das SPK durch seine theoretische und praktische Arbeit hervorgekehrt hat, war schon lange klar: Krankheit ist die realitätsadäquate Widerspiegelung gesellschaftlicher Unterdrückung und menschenfeindlicher Lebensbedingungen. Krankheit zeigt den Leidensdruck, den das Individuum täglich in unserer Gesellschaft erlebt. Krankheit manifestiert soziale Diskriminierung und Fremdbestimmung. Unzählige Untersuchungen der letzten Jahre verweisen auf signifikante Korrelationen zwischen proletarischer Klassensituation und der Entstehung von Krankheiten.
Selbst »progressiv-dynamische« Psychiater, wie Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, sind bereit, auf »rein wissenschaftlicher Grundlage« solche Beziehungen zu analysieren. Als in Mannheim vor ungefähr sechs Jahren von Heinz Häfner die Häufung seelischer Erkrankungen untersucht wurde, zeigte sich, daß dort, wo die durch psychische Krankheiten behinderten Menschen lebten, der Wohnstandard und der sozioökonomische Status am niedrigsten waren, während außerhalb der Slumgebiete und Arbeiterviertel bestimmte Erkrankungen abnahmen, dafür andere Leiden mit anderen Erlebnisformen auftraten. Auf jeden Fall ergab sich: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher die Erkrankungshäufigkeit.[7]
Diese allgemeine Erkenntnis führte das Patientenkollektiv dialektisch auf die Spitze:

»Krank ist die Bezeichnung für den Leidensdruck, den jedes Individuum in dieser Gesellschaft aushalten muß, wobei es gleichgültig ist, ob jemand an Kopfschmerzen leidet oder an Schizophrenie. Jede Behandlung, die sich an den Bedürfnissen des Menschen ausrichtet, kann daher nicht die Menschen an die zerstörerischen Verhältnisse anpassen, sondern muß die Verhältnisse den Bedürfnissen des Menschen anpassen helfen.«

Die herrschende Unterdrückungspsychiatrie dagegen kann – in einem von kapitalistischen Produktionsbedingungen geprägten Gesellschaftssystem nichts anderes sein als »eine Art von Gehirnwäsche, die aus unzufriedenen Kranken gesunde Marionetten macht, damit sie um die Heilung der Gesellschaft herumkommt«.
An Dr. Huber, der seit 1964 in der neurologischen und psychiatrischen

Uniklinik Heidelberg als wissenschaftlicher Assistenzarzt arbeitete, entzündete sich die Auseinandersetzung zwischen den Bedürfnissen der Patienten nach optimaler Krankenversorgung und den Anpassungsmechanismen der Unterdrückungspsychiatrie. »Von Anfang an«, so ein Bericht des Rektorats der Universität Heidelberg über Huber, »haben die Bemühungen um die Patienten in dem Vordergrund seiner Tätigkeit gestanden. Er ließ sich dabei von den Gesichtspunkten der Gruppentherapie und den Beziehungen zwischen gesellschaftlichen Einflüssen und psychischer Erkrankungen leiten.« Zum offenen Bruch kam es, als Huber es ablehnte, an institutionalisierten Konferenzen und zum Ritual erstarrten Chefvisiten teilzunehmen, die kostbare Zeit raubten und den Patienten nicht dienten. Das wurde als Brüskierung der Klinikhierarchie ausgelegt. Am 11. Februar 1970 verlangte der Direktor der Klinik, Prof. Dr. Ritter von Baeyer, von der Heidelberger Universität die Entlassung Hubers. Als Gründe wurden genannt: Ablehnung der Zusammenarbeit, ideologisch-politische Agitation bei der Gruppentherapie, Fernbleiben von den Fachgruppenkonferenzen. Demgegenüber meinte Huber, daß die Poliklinik schon lange nicht mehr für die Patienten arbeite, sondern lediglich für die traditionelle Forschung und Lehre. Während die Ärzte der Uniklinik an Hand von Fällen Material für wissenschaftliche Untersuchungen und Vorlesungen sammelten, behandelte Huber die in Massen wartenden Patienten; zuletzt betreute er 75% aller Patienten der Klinik.

Das Entlassungsverlangen der Klinikleitung führte zu der ersten Patientenvollversammlung in der BRD, auf der sich – am 12. Februar 1970 – die Patienten der Klinik mit Huber solidarisierten und die Klinikleitung aufforderten, den Vertrag Hubers zu verlängern. Am 20. Februar erhielt Huber die fristlose Entlassungsverfügung, die begründet war »mit seinem Verhalten, das bei einem Beamten auf Lebenszeit schwere Disziplinarmaßnahmen zur Folge gehabt hätte«. Denn:

»Dr. Huber mißbrauche die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Arzt und psychischen Kranken. Dr. Huber habe gruppentherapeutische Sitzungen und Einzelberatungen dazu benutzt, Patienten gegen die Leitung der Poliklinik und gegen die Klinikdirektoren aufzuhetzen . . .«[8]

Als die Patienten, die sich mit Huber solidarisierten, daraufhin ebenfalls aus der Klinik geworfen wurden (nach Angaben der Klinikleitung waren es 60 bis 80 Patienten), besetzte das Kollektiv am 27. Februar 1970 das Dienstzimmer von Verwaltungsdirektor Ernst. Sie verkündeten den Hungerstreik und zwar für so lange, bis ihre Forderung, daß Huber zusammen mit seinen Patienten in die Klinik zurückkehren könne, erfüllt sei. Als die Nachricht von der Besetzung bei den Psychiatern der Klinik eintraf, jubelte Oberarzt Oesterreich:

»Das ist doch die Gelegenheit. Jetzt sitzen sie in der Falle. Ich schlage vor, daß der

Verwaltungsdirektor unverzüglich die Polizei holt und ab mit ihnen in das Landeskrankenhaus Wiesloch.«

Der Hungerstreik endete jedoch mit einem Kompromiß zwischen den Streikenden und der Universität. Teil des Abkommens war, daß Huber und den Patienten die befristete Weiterarbeit außerhalb der Klinik, in universitätseigenen Räumen, ermöglicht wurde. Damit gab der Rektor der Universität indirekt zu, daß die Klinik in ihrer derzeitigen Struktur nicht in der Lage ist, eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Krankenversorgung zu gewährleisten.

Ende April war die therapeutische und politische Praxis des Patientenkollektivs schon wieder gefährdet. Das Rektorat war nicht bereit, weitere finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Zusicherungen, die im vorläufigen Vertrag fixiert waren, nämlich selbständige Rezeptur, Einrichtung einer Planstelle für Sozialpsychiatrie, sowie die finanziellen Mittel für Ärzte, Sekretariat, Büro und Telefon, wurden vom Rektorat nicht eingelöst. Als Reaktion auf diese finanzielle und damit existentielle Bedrohung des Kollektivs besetzten Patienten Anfang Juli das Rektorat, um folgenden Forderungen Nachdruck zu verleihen:

»1 Kontrolle der Krankenversorgung durch die Patienten; Abschaffung der Fremdbestimmung des Gesundheitswesens beispielsweise durch Industrie und Bundeswehr etc.
2 Kontrolle des Hausrechts in den Kliniken durch die Patienten, als Übergangslösung wird das Hausrecht an den Rektor delegiert.
3 Inbesitznahme aller Klinikgelder durch die organisierten Patienten. Als Übergangslösung fließen alle Klinikgelder in die allgemeine Universitätskasse.

Erste Maßnahme zur Realisierung dieser Forderungen ist:
a Unbefristete und kostenlose Überlassung eines Hauses, in dem die Patienten vor Übergriffen Außenstehender geschützt sind. Das Haus soll mindestens 20 Zimmer haben. Für alle notwendigen therapeutischen Ausrüstungsgegenstände und die laufenden Kosten kommt die Universität auf. Zwei Träger ärztlicher Funktionen des Patientenkollektivs übernehmen die Krankenversorgung und werden von der Universität bezahlt. Für Büroarbeiten und sozialpflegerische Tätigkeiten werden Mittel zur Verfügung gestellt.
b Sofortige, unbefristete und kostenlose Überlassung eines Hauses mit mindestens 10 Zimmern für die Unterbringung von Patienten, die durch die herrschenden Verhältnisse in spezifischer Form gefährdet sind. Dies ist notwendig, um sie vor einer weiteren Gefährdung durch die etablierte Psychiatrie zu schützen.
c Bis zur Übernahme der neuen Räumlichkeiten verbleibt das SPK in der Rohrbacher Straße 12. Alle seit März entstandenen bzw. bis zur Übernahme der neuen Räumlichkeiten noch entstehenden Kosten – abzüglich der unter Wahrung der beim Kompromiß getroffenen Vereinbarungen durch die Universität getätigten Teilzahlungen – übernimmt die Universität. Die noch ausstehenden Gelder werden sofort überwiesen.«[9]

Konsequenz der Rektoratsbesetzung: Am 9. Juli 1970 sprach sich der Verwaltungsrat der Universität dafür aus, das Projekt »Patientenkollektiv« als Einrichtung der Universität zu realisieren. Dieser Beschluß stieß auf heftigen Widerstand des gesamten psychiatrisch-medizinischen Esta-

blishments von Baden-Württemberg. Daraufhin ließ der liberale Rektor der Heidelberger Universität, Rolf Rendtorff, Gutachten über die wissenschaftliche Praxis des Patientenkollektivs erstellen, und zwar von Dr. Spazier, Prof. H. E .Richter und Prof. Peter Brückner. Gleichzeitig gab das Dekanat der medizinischen Fakultät II heimlich Gegengutachten in Auftrag. Alle drei vom Rektorat beauftragten Gutachter kamen, nachdem sie die Arbeit des SPK in Augenschein genommen und mit den daran Beteiligten gesprochen hatten, zu positiven Urteilen; alle drei Gegengutachten verteufelten das SPK und seine Praxis, ohne sie zu kennen. Bochnik, Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Frankfurt, resümiert in seinem Gegengutachten:

»Die Frage, ob nicht die gesellschaftliche Revolution ein psychiatrisches Basistherapeutikum sein muß, fordert eine politische Entscheidung heraus. Wer die Realitäten von Revolutionen bedenkt, wird nicht hoffen können, daß die Lage unserer Patienten dadurch verbessert werden könnte. Wie weit eine demokratisch evolutionäre Gesellschaft ihren revolutionären Untergang fördern soll, scheint mir nach den Erfahrungen der letzten Jahre keine überflüssige Frage mehr zu sein.«[11]

Und Prof. Häfner, Chef der Sozialpsychiatrischen Klinik Heidelberg, warnte in einem offenen Brief an den Rektor der Universität:

»Die Sorge, daß das nach der Katastrophe langsam wieder keimende Vertrauen in eine Psychiatrie, die sich ihrerseits um Modernisierung energisch bemühte, durch eine irrationale Mißtrauensepidemie erneut zerstört wird, ist groß. Die Begründung des Rektors, der sich eine Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuung von Studierenden durch eine Gruppe verspricht, in der mehr Sektierer oder mittelalterliche Kreuzzugsmentalität als moderne Psychiatrie steckt, nimmt die überaus schwierige Lage der psychischen Kranken in unserem Land allzusehr auf die leichte Schulter.«[10]

Die Entscheidung über die endgültige Liquidierung des SPK fiel in Stuttgart, im Kultusministerium. Minister Hahn, eng befreundet mit Prof. Häfner, nannte das Kollektiv »Wildwuchs, der beseitigt werden muß«, und forderte den Heidelberger Rektor auf, dem SPK keinerlei weitere Hilfe zuzubilligen. Am 18. September 1970 untersagte er schließlich, den Verwaltungsratbeschluß zu vollziehen, vielmehr seien die Räume in der Rohrbacherstraße sofort zu räumen. Am 4. November erfolgte das Räumungsurteil. Huber verließ die Räume des SPK in der Rohrbacherstraße, kehrte aber auf Beschluß der Patienten wieder zurück.

Die Reaktion der Gegenseite nahm immer mehr die Züge klinischen Verfolgungswahns an, wie bei Prof. Dr. Dr. H. Häfner:

»Ich weiß schon lange, daß die bewaffnet sind, ich weiß lang, daß die dem Rektor eine Abhöreinrichtung eingebaut haben und so weiter. Die Tragik war, daß viele Patienten das wußten und mit elementarer Angst besetzt waren. Der Außenstehende hat ja keine Ahnung, mit welchen Mitteln die Patienten bedroht und erpreßt wurden. Ich sehe das als die Nachfolge der Hitlertechnik an. Das ist also die tragische Entwicklung, daß mit gutwilligen Menschen etwas praktiziert wird, was also der Nationalsozialismus auch mit den psychischen Kranken praktiziert hat. Die Richtung ist nicht viel anders.«

Aus dem Verfolgungswahn wurde bald massive Verfolgung. Polizeistaatliche Willkür – von der gesamten herrschenden Presse und ihren Schreiberlingen unterstützt – bildete den logischen Abschluß. Am 21. Juni 1971 zerschlug die Staatsmacht, repräsentiert durch Polizei, Gesundheitsbehörde, Jugendbehörde, Staatsanwaltschaft, Verfassungschutz und Amtsrichter, das Patientenkollektiv.

Zur Theorie des Sozialistischen Patientenkollektivs

Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft, von allen bürgerlichen Ideologen so sehr gefördert, insbesondere wenn sie apolitisch ist, einer Gemeinschaft, wie sie anfangs auch vom SPK praktiziert wurde, hier aber politisch geprägt, stammt von dem englischen Psychiater Maxwell Jones. Er verstand unter therapeutischer Gemeinschaft, daß die übliche Hierarchie von Arzt, Pfleger und Patient aufgehoben ist. Die Patienten und das Behandlungsteam leben in einer demokratischen Einheit, deren Kernstück das täglich stattfindende Gruppengespräch ist, in dem alle individuellen Probleme und die Konflikte der Stationsgemeinschaft besprochen und ausgetragen werden können. Das SPK blieb nicht bei dieser bürgerlichen Kooperation von Herrschern und Beherrschten stehen, sondern ging logischerweise davon aus,

»daß im Sinne einer sozialistischen Theorie und Praxis der Patient seine ihm oktroyierte Konsumhaltung, die sich in seinem Verhalten gegenüber dem Therapeuten reproduziert, aufgibt. Es mußte ihm klar werden, daß sich die gesellschaftlich bedingte Passivität nur auf dem Weg über die Bewußtmachung zur Erkenntnis ihrer Ursachen übersetzen läßt und dann zum Bewußtsein einer Notwendigkeit der Aktivität transformiert.
Das heißt, jeder Patient muß sein eigener Therapeut sein und der der anderen Patienten auch. Der Mensch, der die Fremdbestimmung erleidet und sich seiner elementaren Bedürfnisse bewußt geworden ist, soll Herr seiner Geschichte werden.«[12]

Die praktische Durchführung derartiger theoretischer Erkenntnisse bedeutet, daß die Gruppe der Patienten die aktive Therapie der Krankheiten selbst übernimmt, daß der Arzt lediglich Funktionsträger ist, der in der Therapie jederzeit durch geschulte Patienten ersetzt werden kann. Es bedeutet weiter, daß die autoritäre Figur des Arztes mit ihrem machtstabilisierenden Informationsvorsprung zugunsten einer funktionellen, auswechselbaren Beratung gestürzt werden muß. Die Bezeichnung des Kranken als »krank« und die damit verbundene Erwartung des Hilflos-Seins, des Sich-einem-Schicksal-hingeben-Müssens, bis der Arzt und damit die vermutliche Heilung kommt, ist in einer Gesellschaft, in der Abhängigkeitsverhältnisse kraft ökonomischer Macht ideologisch zementiert werden, tief verwurzelt. Wird diese Erwartungshaltung in Frage gestellt, so füh-

len sich alle jene angegriffen, die an das geheiligte Arzt-Patient-Verhältnis glauben, weil sie von diesem Verhältnis profitieren.
Ähnlich rigoros, wie es die Aufhebung des Arzt-Patient-Verhältnisses in allen Konsequenzen praktizierte, stellte das SPK die überkommene Katalogisierung der Krankheiten in Frage. Krankheitsbilder nach der herkömmlichen Terminologie, wie Schizophrenie, Neurose oder Psychose, wurden abgelehnt. Das SPK ging davon aus, daß Kapitalismus gleich Krankheit sei und daß sich darunter alles subsumieren lasse, was es überhaupt an Krankheit gibt: Vom Armbruch über den Nierenstein bis zur vorgeburtlichen Hirnschädigung sind Krankheiten Ausdruck oder Folge von Ausbeutung und Unterdrückung. Peter Brückner spricht in diesem Zusammenhang von der Methode, die darauf baut, daß derjenige, der die Interessen des Menschen als Mittelpunkt seiner Bemühungen sieht, eine Kategorisierung primär ablehnen muß:

»Es ist nicht zufällig, daß dort, wo Menschen akzeptiert und nicht abgewiesen werden, wie im Patientenkollektiv, die Frage nach den klinischen Diagnosen der Patienten nicht oder nur kurz gestellt zu werden braucht, das *label*, die Etikettierung erübrigt sich.«[13]

Dadurch wird zugleich die öffentliche Abneigung gegen Krankheit, sei es nun Neurose, Armbruch, Gastritis oder Schizophrenie, die unterschiedliche gesellschaftliche Ächtung erfahren, tendenziell abgebaut, die Verdinglichung des Kranken negiert, der Weg zu solidarischer Praxis gebahnt, die Krankheit »produktiv« werden läßt. Professor Holzkamp urteilt:

»Im Sozialistischen Patientenkollektiv wird in Kritik an Schulpsychiatrie und öffentlichem Gesundheitswesen, die zunehmend weniger der gesellschaftsbedingten psychischen Verelendung Herr werden können, eine neue Art der Therapie entwickelt und praktiziert, in der die gesellschaftliche Ächtung und Verdinglichung des Patienten nicht in einem autoritär-verdinglichenden Verhältnis des Arztes zum Patienten reproduziert wird, sondern Patienten unter ärztlicher Hilfe und Kontrolle wissenschaftlich begründete Formen der Selbstorganisation finden können, durch die das Schicksal des Kranken als ein gemeinsames gesellschaftliches Schicksal durchschaubar und dadurch eine Aufhebung der Krankheit in politisch-gesellschaftsverändernder Aktivität möglich werden soll.«[14]

Zur Praxis des Sozialistischen Patientenkollektivs

»Wir wurden aus der Klinik entfernt und mußten ohne medizinisch-technischen Apparat beginnen. Worauf wir Anspruch hatten, z. B. freie Rezeptur, entzog uns die Klinikspitze, die Facharztanerkennung wurde vorenthalten, ärztliche Qualifikation abgesprochen. In personeller Hinsicht: Es gab keine Sozialarbeiter-Stellen. Die anfangs bewilligten Gelder für die Schriftarbeiten und die erforderliche Präsenz rund um die Uhr wurden verweigert. In persönlicher Hinsicht: diskriminiert, politisch kriminalisiert und ärztlich-wissenschaftlich depraviert: das war unser gesellschaftliches Sein. Politik in Therapie umzuwandeln und durch eine aufs Äußerste gesteigerte kollektive Aktivität nach ärztlichen Maßstäben die Gewalt abzuwehren: das war unser Sollen.«

Die Notwendigkeit, Krankheit als politischen Sachverhalt zu begreifen, und demgegenüber der permanente Versuch, das Patientenkollektiv zu zerstören, waren Motor und Hemmnis der Arbeit zugleich. Durch den Entzug aller materiellen Mittel sollte die Arbeit von vornherein verhindert werden. Trotzdem war bis zum Juli 1971 die Zahl der Patienten auf über 500 angestiegen; unter ihnen befanden sich – benutzt man die leidige herkömmliche Terminologie – folgende Krankheitsformen: 10% körperlich begründbare psychische Behinderte, 40% endogene Psychosen, 10% Schizophrene, der Rest zählte zum Formenkreis der Neurosen.[15]
Ziel der Arbeit war eine rein ambulante Therapie. Nur in einem einzigen Fall wurde ein Patient auf eigenen Wunsch, weil er ohne Arbeit und Obdach war, in stationäre Behandlung überwiesen. Bestimmte Behandlungsmethoden, insbesondere Elektroschocks, wurden in keinem einzigen Fall angewendet. Psychopharmaka standen nur in ganz geringen Mengen zur Verfügung und wurden nur zur Krisenvorbeugung eingesetzt.
Die Wartezeiten für die neuen Patienten waren vergleichsweise kurz, bürokratische Barrieren fehlten überhaupt. In dringenden Fällen wurde mit den anwesenden wartenden Patienten über die Reihenfolge der Aufnahmen diskutiert. Am Anfang standen die psychiatrisch-neurologischen und allgemein medizinischen Eingangsuntersuchungen, die von den vier im Kollektiv arbeitenden Ärzten vorgenommen wurden. Gleichzeitig wurde die soziale Biografie des Patienten erstellt, und zwar auf dem Hintergrund der Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft. Gleiches gilt für die Erarbeitung des tiefenpsychologischen Materials der Träume und Einfälle sowie des Ausdrucksverhaltens.

»Die Ausführung der Krankenblätter bezieht sich auf die Bedürfnisse des SPK. Ihre sorgfältige Führung läßt präzise wissenschaftliche Auswertungen zu, ungeachtet des Umstandes, daß Diagnose und sonstige diskriminierende Zutaten aus der Mottenkiste der traditionellen Psychopathologie nach eingehender Diskussion verworfen wurden.«[16]

Danach wurde in der »Einzelagitation« mit dem Patienten herausgearbeitet, daß seine individuelle Problematik die realitätsadäquate Widerspiegelung gesellschaftlicher Verhältnisse darstellt, also der Zusammenhang zwischen persönlichem Leid und Gesellschaft aufgewiesen. In der »Gruppenagitation« brachte der Patient dann seine Schwierigkeiten in die Gruppen ein, wo er seine individuelle Situation als allgemeine Situation begreifen lernte.

»Besondere Bedeutung kommt dem Verhältnis von Einzel- und Gruppenagitation zu hinsichtlich der Dialektik von Form und Inhalt. Die Form der Gruppe, Integration in einen objektiven Zusammenhang, wird Inhalt der Einzelagitation; umgekehrt, die Form der Einzelagitation, die kapitalistische Vereinzelung und darausfolgende Ängste, Inhalt der Gruppenagitation. Oder: Gruppen- und Einzelagitation entsprechen Gesellschaft und Individuum, die genauso wenig mechanisch zu trennen sind.«[17]

An diesen Agitationen nahmen die Patienten auf eigenen Wunsch teil. Wollten sie dabei eine aktive Rolle spielen, etwa selbst Einzelagitation übernehmen, so wurden sie zuerst auf die Arbeitskreise verwiesen. Die Aufgabe der Arbeitskreise war es, Bewußtsein zu schaffen. Die Kollektivmitglieder gingen davon aus, daß sie trotz Schuldbildung und Universitätsbildung völlig bewußtlos gehalten worden waren. Die Arbeitskreise sollten vor allem klären, wie die Widersprüche zwischen den Produktionsbedingungen und dem individuellen Leid entstehen, wie sie auf die Spitze getrieben und schließlich aufgelöst werden. Dementsprechend wurden folgende Arbeitskreise eingerichtet: Hegel (*Phänomenologie* und *Logik*); Marx *(Kapital)*, Lukács (*Geschichte und Klassenbewußtsein*), Rosa Luxemburg; Psychoanalyse; Erziehung; Sexualität; Psychotherapie.
Wöchentlich fanden 80 bis 90 Einzelagitationen, 10 bis 15 Gruppenagitationen und ca. 10 Arbeitskreise statt, die in einem konkreten dialektischen Verhältnis zueinander standen. Die einzelnen Funktionen – Einzelagitation, Gruppenagitation und Arbeitskreise – waren aufeinander angewiesen.

»Die sich daraus ableitenden vermittelten theoretischen Erkenntnisse waren die dialektische Methode, um den Grundwiderspruch zwischen Krankheit und Gesellschaft aufheben zu können, da es keine therapeutische Tat geben kann, die nicht zuvor klar und eindeutig als revolutionäre Tat ausgewiesen worden ist.«

Gegenstand dieser politisch-therapeutischen Agitation waren im Einzelfall der berufliche Hintergrund, die Arbeitsbedingungen, Autoritätskonflikte, familiäre Konflikte, sexuelle Konflikte, soziale Verhältnisse etc. So konnten Personen aus allen Bevölkerungsschichten, diese Ausgebeuteten und Ausgeflippten, dafür gerüstet werden, ihr bisheriges Leben in Gesellschaft und Beruf fortzusetzen bzw. wieder aufzunehmen – nicht durch »Resozialisierung« oder »Reintegration« im Sinne der Unterdrückungspsychiatrie, die den Patienten mit den Verhältnissen, die ihn krank gemacht haben, versöhnt, vielmehr durch Aktivierung von Widerständen, die ihn in die Lage versetzen, gegen die persönlichen und gesellschaftlichen Konflikte praktisch anzukämpfen, sei es im Betrieb, in der Schule oder an der Universität.
Pro Jahr wurden etwa 60 berufliche und schulische Prüfungen, akademische Abschluß- und Zwischenprüfungen, Lehrlings- und Gesellenprüfungen erfolgreich bestanden. Die Selbstmordrate, Ausdruck für optimalen Leidensdruck, lag im SPK pro Jahr bei Null, gegenüber mindestens 10 pressekundig gewordenen Selbstmordfällen in der psychiatrischen Poliklinik, obgleich der vergleichbare Patientenstand dort die Zahl 350 nicht überschritt. Es gab keine Rückfälle, da keiner der Patienten sich selbst überlassen blieb und die spontan auftretenden Probleme und Konflikte sofort mit den Patienten bearbeitet wurden.

Alle im Patientenkollektiv anfallenden Arbeiten wurden kollektiv erledigt, ebenso die Verfügung über den Gesamthaushalt. Während die allgemeinen Gebührensätze für eine bürgerliche Therapiestunde bei 50 bis 100 DM pro Patient liegen, sollte die Therapie des SPK prinzipiell kostenlos sein. Da jedoch keine anderen Mittel zur Verfügung standen, wurden auf Beschluß der Mitglieder jeweils 5 DM pro Gruppenagitation gezahlt. Über die Verwendung dieser Gelder bestimmten die Patienten selbst; sie wurden ausschließlich im Interesse des Kollektivs ausgegeben, z. B. zum Kauf von Büchern und zur Finanzierung politischer Aktivitäten.

Da jeder an der Arbeit des Kollektivs beteiligt wurde und entsprechende Verantwortung zu übernehmen hatte, in Form des imperativen Mandats, entfielen die Rollenfixierungen nach Herkunft, sozialem Status, Generation und Geschlecht; und mit diesen Fixierungen schwanden auch die Abhängigkeitsverhältnisse. Peter Brückner schreibt in seinem Gutachten über das SPK:

»Die Gruppe, bzw. deren Sprecher, erörtern mit dem ärztlichen Therapeuten die Auswirkungen der Einzelbehandlung, die Ärzte werden damit von der Gruppe kontrolliert und kontrollieren sich selbst an den Patienten. Wie der ärztliche Gutachter, Prof. Richter, habe auch ich keinerlei Zeichen für Abhängigkeitsbeziehungen zu Dr Huber beobachten können. Dagegen habe ich gesehen, daß Huber seine ruhigen, sehr präzisen Deutungen so abgibt, daß aggressive Spannungen abgebaut werden können, und er sie so dosiert, daß sie der Betroffene weitgehend kränkungsfrei akzeptieren kann. In Verbindung mit der allgemeinen offenen und herrschaftsarmen Kommunikation, der hohen kollektiven Kohärenz und der sichtlichen Sorge, die für die einzelnen Mitglieder getragen wird, muß alleine diese Art des sorgfältigen Umgangs mit Patienten dazu beitragen, sie zu verschworenen Mitgliedern des Kollektivs zu machen.«[18]

Anmerkungen

1 Aus: *Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie*, Teil III, Herausgeber: Soziale Arbeitskreise der Studenten an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, 1971.
2 Arbeitstagung »Sozialpsychiatrie« in Hannover. Nach FR v. 3. 12. 1970.
3 Jürg Zutt, *Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung. Schicksale sogenannter Geisteskranker*, Berlin 1970.
4 *Beispiele aus psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken*, Folge 10: Beschäftigungs- und Gruppentherapie, Herausgeber: Bayer-Arzneimittelfabriken.
5 H. Dietrich, *Psychiatrie in Stichworten*, zit. nach: *Das Argument* 60, S. 155.
6 Dokumentation zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg, Teil 1, S. 1.
7 H. Häfner, H. Reimann, H. Immich und H. Martine in: *Sozialpsychiatrie* Nr. 3, 1969, S. 134.
8 *Heidelberger Tageblatt* v. 8. 4. 1970.
9 Patienten-Info Nr. 3: Patienten im Rektorat.
10 SPK-Dokumentation Teil 1, S. 94.
11 a.a.O., S. 85.
12 a.a.O., S. 6.
13 a.a.O., S. 114.

14 SPK-Dokumentation Teil 2, S. 184.
15 SPK-Dokumentation Teil 1, S. 2.
16 a.a.O., S. 4.
17 SPK-Dokumentation Teil 2, S. 25.
18 SPK-Dokumentation Teil 1, S. 103.

Literatur zum SPK

- Dokumentation zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg, 1. Teil (Febr. bis Okt. 1970), Hrsg. Basisgruppe Medizin Gießen, Fachschaft Medizin Gießen
- »Die Lücken der revolutionären Theorie schließen ...«, Dokumentation zum SPK Heidelberg, 2. Teil (Okt. 1970 – August 1971), Hrsg. Basisgruppe Medizin Gießen, Fachschaft Medizin Gießen
- »Kleinkrieg gegen Patienten«, Dokumentation zur Verfolgung des SPK Heidelberg, Hrsg. SHS Heidelberg, Juni 1972
- »Zur Dialektik von Krankheit und Revolution«, in: *Marxismus, Psychoanalyse, Sexpol*, 2. Aktuelle Diskussion, Fischer Taschenbuch 6072, Ffm. 1972

Spendenkonto: Heidelberger Volksbank, Konto-Nr. 19964

monatlich...

b:e

Das aktuelle pädagogische Magazin

„komprimierte umfassende fachinformation in zeitsparendem lay-out von schreibfähigen experten"

„b:e-Leser Harald Schablow in Kalmazoo, Michigan, USA

Ausschneiden, als Drucksache im Umschlag einsenden
An betrifft: erziehung, 694 Weinheim, Postfach 167
Ich bitte um Zusendung eines kostenlosen Probehefttes von »betrifft: erziehung«

Name Vorname

Ort Straße

2

Probeheft kostenlos!

IZRU: Zum Problem Widerstände, die sich der praktischen Kritik entgegenstellen, wenn die Widersprüche des Systems Krankheit/Kapitalismus/Knast durch die Patientenselbstorganisation entfaltet werden

Objektive Voraussetzungen

Grundlage des Gesundheitswesens ist die wirtschaftliche Rentabilität. Dieser einfache Sachverhalt wird insbesondere durch die medizinische Ideologie wirksam verschleiert. Verläßt man sich aber nicht darauf, was Ärzte über ihre Tätigkeit sagen und denken, bzw. in Fachzeitschriften von sich geben, sondern untersucht die objektiven Bedingungen, die die Verwertung des »Krankenguts« im Spätkapitalismus bestimmen, so kommt man zu Ergebnissen, die der ärztlichen Ideologie total widersprechen. Letztere ist die Erscheinung, welche das Wesen – und das ist die zunehmende und immer perfektere Subsumption des Gesundheitsapparats unter die Interessen der herrschenden Klasse – verbirgt.

Die Kalkulation der Krankheit läßt sich durch folgende statistische Daten veranschaulichen: Im Jahre 1954 wurden in den Vereinigten Staaten an den Universitäten von Berkeley, Yale und Harvard die Kosten verschiedener Krankheiten errechnet. In diese Berechnungen gingen ein die Anzahl der verlorenen Arbeitstage, die Kosten für die ärztlichen Leistungen, die Aufwendungen für Familien, deren Mitglieder erkrankt waren, und schließlich die Änderungen der individuellen Konsumgewohnheiten. Danach stellen in den Vereinigten Staaten 734 669 Krebsfälle – einschließlich der Todesfälle – einen »Verlust« von 2 222 Millionen Dollar, das macht 3 029 Dollar pro Fall. Nach derselben Erhebung ergibt sich für 99 984 Tuberkulosefälle ein »Verlust« von 724 Millionen Dollar = 7 622 Dollar pro Fall. Bei 79 844 Fällen von Kinderlähmung beträgt der »Verlust« 46 Millionen Dollar = 1 154 Dollar pro Fall.[1]

Wohlgemerkt, es wird bei diesen »Forschungen«, welche an »freien« amerikanischen Universitäten gemacht worden sind, nicht nach den Bedürfnissen der Kranken, sondern ausschließlich nach den Bedürfnissen der Wirtschaft gefragt. Es geht nicht darum, welche finanziellen Mittel aufgewendet und welche Einrichtungen geschaffen werden müßten, um ein wirksames, an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiertes System von prophylaktischen und therapeutischen Einrichtungen zu schaffen, sondern ausschließlich darum, die Verluste für die Wirtschaft so gering wie möglich zu halten. Umgekehrt läßt sich anhand dieser Statistiken ohne weiteres die wirtschaftliche Rentabilität von prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Reihenuntersuchungen) kalkulieren.

Die Analyse der Kranken- bzw. der Krankheitsverwertung wird dadurch kompliziert, daß die Produktionssphäre der pharmazeutischen Industrie die ihr zugewiesene Zirkulationssphäre in dem »Dienstleistungssektor« Gesundheitswesen hat: der Kranke wird als Konsument der Produkte der pharmazeutischen Industrie zum Objekt einer sekundären Ausbeutung. Diese Verzahnung von Produktionssektor und »Dienstleistungssektor« ist für die spätkapitalistischen Gesellschaften charakteristisch. In jedem Fall ist der Mensch, ob als »gesunder« Arbeiter im Betrieb oder als Kranker in der Klinik oder Arztpraxis, nur Mittel ökonomischer Zwänge und Zwecke. Diese ökonomischen Mechanismen strafen jeden ärztlichen Liberalismus Lügen. Der Arzt – kontrolliert durch die Gesundheitsadministration – ist gezwungen, bei der Behandlung einen Kompromiß einzugehen zwischen den Forderungen der pharmazeutischen Industrie und den diagnose-spezifisch von der Gesundheitsverwaltung zur Verfügung gestellten Aufwendungen.

Will man sich eine Vorstellung machen von der ökonomischen Relevanz des Gesundheitssektors für die kapitalistische Produktion, so braucht man sich nur auszumalen, daß die pharmazeutische Industrie, die eng mit der chemischen Industrie verflochten ist, in eine Absatzkrise gerät. In einem solchen Fall müßte auf die Krankenkassen Druck ausgeübt werden, damit sie die pro Krankheit vorgesehenen Sätze für die Rezeptur erhöhen; dadurch aber gerieten die Kassen zwangsläufig in finanzielle Schwierigkeiten und wären ihrerseits gezwungen, die entstehenden Mehrkosten durch Erhöhung der Mitgliedsbeiträge auf die Kranken abzuwälzen.

Eine andere Möglichkeit der Bewältigung von Absatzkrisen in der pharmazeutischen Industrie besteht darin, durch intensiven Werbeaufwand den Umsatz rezeptfreier Arzneimittel zu steigern. Dadurch können Ärzte und Krankenkassen als »Zwischenhändler« von Arzneimitteln ausgeschaltet und die Waren direkt an den Konsumenten = Kranken vertrieben werden: die akut und potentiell Kranken werden unmittelbar den Interessen der Großindustrie unterworfen, die pharmazeutische Industrie wird zum Arzt.

Der hier zutage tretende kapitalismusspezifische Widerspruch zwischen privatem Reichtum und öffentlicher Armut wirkt sich in der Praxis und im Einzelfall u. U. so aus: Ein psychisch schwer gestörter Kassenpatient begibt sich zum Nervenarzt. Dieser diagnostiziert eine akute Selbstmordgefährdung, die bis zur Abklärung der akutesten Symptome nur durch Verschreibung teurer Psychopharmaka herabgesetzt werden kann. Die von der kassenärztlichen Vereinigung für solche Fälle festgesetzten Sätze, deren Überschreitung automatisch zur Regreßforderung an den Arzt führt, reichen für die indizierte Behandlung nicht aus. Folglich ist der Arzt in diesem Fall gezwungen, den Patienten in die geschlossene Abtei-

lung eines psychiatrischen Krankenhauses einzuweisen. Derselbe Patient ist, bevor er den Weg zum Arzt gefunden hat, sicher an den Schaufenstern von Apotheken vorbeigegangen, hat dort Werbungen für Arzneimittel gesehen, etwa einen Slogan wie: »Nicht Scheinlösung von Problemen, sondern Lösung von Scheinproblemen« (Werbung für ein Antidepressivum) und ist dadurch zum direkten Abnehmer der Arzneimittelindustrie geworden; das hat ihm bestimmt nicht, aber todsicher der Arzneimittelindustrie geholfen.

Eine andere objektive Funktion des Gesundheitswesens ist die Verwaltung und Regulierung des Arbeitskräftemarktes. Diese Regulierung richtet sich nach den Gegebenheiten der Konjunktur. Mit der Hochkonjunktur steigert sich der Verschleiß der Arbeitskräfte, die Arbeiter haben oft nicht einmal die Zeit, einen Arzt aufzusuchen. In Krisenzeiten hingegen, wo erfahrungsgemäß die Bereitwilligkeit der Ärzte, Heilkuren und Sanatoriumsaufenthalte zu verschreiben, größer ist, hindert sie die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, daran, den in der Hochkonjunktur erlittenen Verschleiß wenigstens reparieren zu lassen. Sie wagen es nicht, die Angebote des Gesundheitswesens anzunehmen, denn wer krank ist, ist tendenziell arbeitslos. Andererseits halten Krankschreibungen in Krisenzeiten die Zahl der u. U. rebellierenden Arbeitslosen in überschaubaren Grenzen.

Überdies muß noch berücksichtigt werden, daß die Sozialabgaben der Arbeiter, die ca. 35% des Nettolohns ausmachen, in Krisenzeiten über den Staatshaushalt als Investitionshilfen der Wirtschaft zur Verfügung gestellt werden (Pufferkapazität zur Krisenprophylaxe = Imperialismus nach innen und außen). Dies alles zeigt die eminente Bedeutung des Gesundheitswesens für den reibungslosen Verlauf des kapitalistischen Produktions- und Verwertungsprozesses.

»Die Funktionäre des amerikanischen Gesundheitswesens erkennen im übrigen sehr genau den Einfluß der Arbeitsmarktsituation auf das erforderliche therapeutische Niveau, von welchem wiederum die Arbeit und Entwicklung des Krankenhauswesens bestimmt wird. Wenn die Arbeitslosigkeit groß ist, können sich chronische Krankheiten ohne Gefahr für die Wirtschaft ausbreiten; das ist die Situation in Amerika seit dem Zweiten Weltkrieg; und das war die Situation in der Weltwährungskrise von 1929.

Ist das Gesundheitswesen ein Produktionssektor? Im strengen Sinne des Wortes ohne Zweifel nicht. Die ›Behandlung‹ ist kein Produkt, kein Objekt, das von seinem Produzenten abgetrennt werden kann, keine Ware, die geeignet wäre, als authentischer Tauschwert in die Zirkulation einzugehen. Dieses ›Produkt‹ verschwindet nicht im Akt der Konsumtion. Indem der therapeutische Akt auf die Arbeitskraft einwirkt, steigert er deren Niveau oder trägt zu ihrer Erhaltung im Rahmen der *Reproduktion* bei. Indem sie zur Erhöhung der Produktivität beiträgt, ist die ›Behandlung‹ indirekt produktiv!«[2]

Im kapitalistischen Produktionsprozeß hat das Gesundheitswesen einzig und allein die Aufgabe, die Produktivität der Gesamtheit der Arbeits-

kräfte auf einem Niveau effizientester Ausbeutung zu halten und gleichzeitig ungeeignete Arbeitskräfte zu selektieren und in Asylen (= Irrenanstalten) zu möglichst geringen Unkosten zu verwahren. Es ist deshalb geradezu absurd, wenn von einem besonderen Zweig »Arbeitsmedizin« gesprochen wird; es gibt *nur* Arbeitsmedizin.

Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit ist nicht der Mensch im Sinne seiner historisch-biographischen Individuation, sondern die Ware Arbeitskraft. Durch seine Behandlung setzt der Arzt dieser Ware Wert zu.[3] Jede andere Charakterisierung des kapitalistischen Gesundheitswesens ist purer Euphemismus.

Wir verkennen nicht, daß alle bedeutenden Errungenschaften der modernen Medizin auf dem Boden eines kapitalistisch organisierten Gesundheitswesens gemacht worden sind. Seit Marx wissen wir aber, daß Institutionen, die in der Aufstiegsphase des Bürgertums Motoren des Fortschritts waren, sich mit dem Niedergang in dessen Fesseln verwandeln. Da die revolutionäre Beseitigung überkommener Strukturen ausblieb, wurden auch das medizinische Denken und die medizinische Praxis degradiert. Die eklatanteste Erscheinung dieses Niedergangs ist die Massenvernichtung sogenannter Geisteskranker im Dritten Reich.

Die Tendenz, überflüssige Arbeitskräfte zu beseitigen, ist dem Kapitalismus immanent. Damit sie wirksam werden kann, müssen spezifische ideologische Rationalisierungen – Reinheit der Rasse, »Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses« etc. – entwickelt werden. Wir werden weiter unten zeigen, daß der Reflex, zuzuschlagen, sobald sich eine mißliebige Minderheit »dingfest« machen läßt, bei den Repräsentanten der Universitätsmedizin, der »Wissenschaft«, der Kultusbürokratie und der Presse immer schon auf der Lauer liegt. Die restaurative Entwicklung der Bundesrepublik in der Nachkriegszeit hat eine Liberalisierung insbesondere des psychiatrischen Gesundheitswesens verhindert.

In anderen europäischen Ländern konnten wenigstens liberale Teilreformen durchgeführt werden, die, weit davon entfernt, das Problem der psychischen Erkrankungen zu lösen – dies kann nur revolutionär geschehen –, doch einigermaßen zureichende Analysen und erkenntnistheoretische Ansätze hervorgebracht haben (z. B. bei Cooper und Laing in England, bei Lacan und Polack in Frankreich). Insbesondere hat Franco Basaglia in der Anstalt von Görz (Italien) durch die radikale Negation der geschlossenen Institution praktisch demonstriert, daß jede radikal-emanzipatorische »Psychiatrie« zwangsläufig von der bloßen Infragestellung der Institution zur aktiven Bekämpfung der die Institution tragenden gesellschaftlichen Strukturen fortschreiten muß.

Demgegenüber wurden bei den Patienten des SPK schon die einfachsten Ansätze authentischer menschlicher Regungen mit Gewaltpotentialen sei-

tens der reaktionären medizinischen Funktionsträger beantwortet. Den verbalen Äußerungen der etablierten Psychiater sieht man das nicht ohne weiteres an; dort ist die Rede von der »Wiedergewinnung der Autonomie«, von der »Teilnahme der Patienten am sozialen Geschehen«, von »politischer Mündigkeit« etc. Nehmen aber Patienten diese Äußerungen beim Wort, z. B. dadurch, daß sie Flugblätter verteilen oder ein Schwarzes Brett für Mitteilungen in der Klinik anbringen, so tritt der auf der Lauer liegende Zuschlagereflex verbunden mit heftiger Zorn- und Ekelreaktion in Funktion. Wie soll man einen solchen Widerstand nennen? Vielleicht Kastengeist? Oder gibt es einen treffenderen Ausdruck dafür?

Situative Bedingungen der Widerstände

Als Irre im volkstümlichen Sinn oder als psychiatrische Fälle im Sinne der Wissenschaft sind wir nie in Erscheinung getreten. Aus irgendeiner irren Anwandlung heraus wurde niemand geschädigt, lief keiner Amok, »beging niemand Selbstmord« etc. Von SPK-Zugehörigen wurden keine Kinder überfallen (aber von der Polizei) und keine Sittlichkeitsdelikte begangen; die im Gesetzbuch aufgeführten Greuel, z. B. öffentliches Onanieren, fielen bei uns ebenfalls aus. Einigen von uns wurden kleine Kaufhausdiebstähle angelastet – spezifisch für Irre? –, auch sogenannte Wandschmierereien (»Selbstmord ist Mord«) wurden uns zur Last gelegt. Ein weiterer Widerstand könnte eventuell daher rühren, daß man sich mit uns nicht glaubte auseinandersetzen zu können, aus Angst, sich dadurch in den Augen anderer etwas zu vergeben oder – und dies kam in der Folge immer deutlicher heraus – uns weder rational noch in der Bereitschaft zu entschiedener Stellungnahme gewachsen zu sein. Dies interpretieren wir auch heute noch als Krankheit, als bewußtloses Unglück, als emotionale Pest (W. Reich), nicht etwa bürgerlich: als geistige Inferiorität, oder psychoanalytisch: als Ich-Schwäche etc.

Der *spezifische Widerstand*, dem wir als Kranke begegneten, war die in jedem unserer Gegner, in jeder der Institutionen – und wir haben jetzt alle durchlaufen – gebundene Krankheit. Bestimmend für beide ist das System totaler Vermittlung; für Krankheit und Kapitalismus und für deren Wechselbeziehung. Ein Beispiel: Es näherte sich uns eine (Amts)-person. Wir stellten ihr die Rationalität unserer jeweiligen Praxis gegenüber. Sie fand – vielleicht mit gewissen Einschränkungen – alles richtig. Nun verlangten wir im Rahmen der gesellschaftlichen Funktion die Mitarbeit, oder wenigstens ein klares Nein. Resultat: Unter dem Appell an die diese Person selbst konstituierende Praxis verwandelte die Person sich in eine Schutzbastion metaphysischer Vermittlungen. Selbstverständlich-

keiten wurden zum unüberwindbaren Problem, sobald es um eigene Stellungnahme ging: es haperte nun plötzlich am »Durchblick«, an der »Kompetenz«, an politischen und persönlichen »Rücksichten« etc. Dergleichen ist sonst höchstens bei Zuständen schwer psychotischer Gestörtheit zu beobachten. Angenommen, es ging um die Stellungnahme zu folgendem Problem: Alle ärztliche Notwendigkeit hat ihren Maßstab im Patienten und in den Umständen, die ihn zum Patienten machen. Sie hat sich jedoch nicht nach den Bedürfnissen des Staates zu richten, es sei denn, dieser ist Patient, wobei es sich dann ja aber nicht mehr um die Anwendung ärztlicher Mittel im landläufigen Sinn handeln kann. Gibt es im Verhältnis Arzt/Patient Widersprüche, die durch den Staat bedingt sind, so hat dieser und eventuell der Arzt, der mit dem Staat allzuviel zu tun hat, zu verschwinden, nicht aber der Patient. Oder: die Universität gründet sich auf Wissenschaft *für* den Menschen. Gründet sie sich aber auf Macht gegen den Menschen, so ist ihr diese Grundlage zu entziehen. Diese Gedankengänge hatten schweißtreibende Wirkung, hatten Erzittern ganzer Kollegialorgane zur Folge, lösten Angst, Haß, Verfolgungsideen und Mordimpulse aus und führten zur Absonderung giftiger Substanz (Kündigung, Zeitungshetze, Räumungsklage, Polizeiknüppel . . .). Für oder vielmehr gegen uns hatten diese Absonderungen die Wirkung von Naturgewalten (Hunger, Klapsmühlen mit Elektroschocks und chemisch-pharmazeutischen Giften, Verbluten an inneren Verletzungen durch Sturz von einem Turm – Selbstmord = Mord). Wo aber aus der Praxis hervorgegangene Gedanken Krankheit zum Ausbruch kommen lassen, deren Folge im Einzelfall Mord, gegen das Ganze tendenziell Massenmord ist – einschließlich aller sonstigen Handlungen und Handlungsansätze, die charakteristisch für Irrsinn sind –, da sind diese Gedanken offenbar auf einen Widerstand gestoßen, der nichts anderes darstellt als eben bewußtloses Unglück, Krankheit. Diese Krankheit, der erscheinende Widerstand, ist seinem Inhalt nach Staat, bewußtlose Macht. Das gemeinsame Wesen ist Kapitalismus. Kapitalismus ist heute der Grund aller volkstümlichen und wissenschaftlichen Auswirkungen von Krankheit und Irrsinn. Die Zielrichtung einer kausalen Therapie samt den daraus sich ergebenden Widerständen ist damit aufgewiesen.

Kapitalismus-als-Krankheit und der spezifische Widerstand

Es gibt wohl keine revolutionäre Bewegung, deren Vertreter man nicht in irgendeiner Phase der Auseinandersetzung für verrückt erklärt hätte. Wer ist man? Die Reaktionäre – von Staats wegen Mordwerkzeuge der Gewalt: jener Macht, die als staatlich legitimierte Gewalt Judenkinder an den Beinen packt und ihren Kopf gegen die Mauer schleudert; die vietna-

mesische Kinder, weil sie einem Volk von »Irrsinnigen« angehören, niedermäht, wobei sich die Unterdrücker den daraus resultierenden Haß und Zorn jenes Volkes beim besten Willen und Wissen nicht anders erklären können als eben wieder mit »Irrsinn«. Dadurch ist die Diagnose hinreichend gestützt und die Ausrottung gerät zu einer therapeutischen Großtat. Es geht um eine Macht, deren solchermaßen verfahrende Henker freundliche, umgängliche und liebenswürdige Menschen sind, solange sie es sich nicht einfallen lassen zu behaupten, sie seien durch Irre zum Äußersten gereizt worden. Es wird sich zeigen, daß Reize von außen gar nicht einmal erforderlich sind, daß die »Therapeuten« des Wahns – oder sollte man nicht besser sagen: die Wahnsinnstherapeuten – sehr schnell zu jenem Äußersten gelangen, wenn die Irrenhatz wirtschaftliche Vorteile verspricht.

Dieser Widerstand, um den keine revolutionäre Bewegung herumkommt, der eigengesetzlich Kettenreaktionen auslöst, ehe er als Hemmnis spürbar und ursächlich bewußt wird, ist keine neue Erscheinung. Marx beschreibt ihn als eine Krankheit, die diejenigen, die von ihr geschlagen sind, in einer imaginären Welt gefangen hält und ihnen jedes Begreifen der rohen äußeren Welt unmöglich macht. Als Symptom führt er parlamentarischen Kretinismus an, als Ursache das Zurückschrecken vor jeder revolutionären Veränderung, um sich umso hingebungsvoller der bestehenden Ordnung zu unterwerfen. Nur in Krisenzeiten – wie die Neurosen bei Individuen – tritt diese Krankheit, die in einer offiziell gesunden und friedfertigen Gesellschaft steckt, offen in Erscheinung.[4]

W. Reich hat die historischen und ökonomischen Verflechtungen zwischen Familie und Staat auf der einen und physio-psychosozialer Defektstruktur auf der anderen Seite – die freilich als das Normale gilt, weil sie unter den Bedingungen des Kapitalismus aller Spielarten regelhaft ist – aufgezeigt.

Wir haben diese destruktive Einheit durch unsere politische Praxis aufgespalten in (Psycho/Sozio-)Pathologie und Staatsmaschine. Nur so, nämlich durch Patienten, die als bewußtlose und vereinzelte die exponiertesten Opfer der dem Monopolkapitalismus immanenten Liquidationstendenzen ausmachen und die als organisierte und bewußt gewordene die bestimmte Negation dieser Destruktivität darstellen, konnte die destruktive Einheit von (Psycho/Sozio-)Pathologie und Staatsmaschine deutlich werden, und nur so ist es möglich, Kapitalismus-als-Krankheit für die politische Praxis relevant zu machen.

Das vorläufige Ergebnis: schwerbewaffnete Dämmerattacken seitens der Staatsgewalt und schwerste Defektzustände der etablierten Medizin und ihrer Anhangsgebilde, die im Kontrast zur Patientenselbstorganisation aufgezeigt werden konnten.

Ausgelöst wurden die überwertigen Ideen und Reaktionen nicht durch die Tatsache, daß wir als Patienten auftraten. Sie erscheinen dadurch nur noch deutlicher, was den Grad der Brutalität anbelangt, der geeignet sein kann, Eindruck zu machen. Wer andererseits, ob als Student, Arbeiter, Lehrer, Rechtsanwalt, Hausfrau, Lumpenproletarier, Arzt, Theologe oder was auch immer, an einer Praxis teilnimmt, die Verhältnisse und Menschen ändert, wird sich früher oder später mit gegnerischen Aktivitäten konfrontiert sehen, die ihn als gemeingefährlichen Verrückten kennzeichnen, um ihn abschußreif zu machen.

Bei »Irren« ist dies einfacher. Als Patienten, Lumpenproletarier und Proleten befinden sie sich von Anfang an in der Illegalität. Ihrer Vernichtung muß die Kriminalisierung durch das System vorausgehen. Nichts einfacher als das: Es genügt die Projektion der kriminellen Inhalte unserer Staatseinsiedler auf die Masse der Kranken. Dem spezifischen Widerstand Krankheit, dem wir begegneten, muß keinesfalls ein spezifischer Reiz entsprechen. Vielmehr umgekehrt: Kranke begegnen dem spezifischen Reiz, der immer schon auf dem Sprung ist, sich in den spezifischen Widerstand zu verwandeln.

Wir verstanden uns von vornherein als Patienten und gaben uns auch als solche zu erkennen. Ein spezifisches Abwehrsystem, das für seine Träger typisch ist, keineswegs aber nur im Zusammenhang mit »armen Irren« beobachtet wird, war das erste Resultat: die Mischung aus Caritas (»aber nicht zu aufdringlich, denn man kann ja nie wissen«) und äußerster Distanz (»ebenfalls möglichst unmerklich, denn man kann ja nie wissen«). Unsere direkten Gegner hüteten sich lange, uns öffentlich als »Irre« abzuklassifizieren (dagegen bezeichneten sie uns seit Beginn der Auseinandersetzung als Verbrecher). Höchstens potentielle Bündnispartner nahmen diese Möglichkeit gelegentlich wahr, um unsere politische Arbeit in die Schranken zu weisen. Unser Auftreten wurde durch die Gegenseite zu einem spezifischen Reiz gemacht und überkompensiert durch ausdrücklich konventionelle Verhaltensschemata. Konvention aber ist Realitätsferne, kann daher heftigsten Spannungen ausgesetzt sein, wenn der Andere nicht »mitspielt«. Das, wovon einige von uns gefürchtet hatten, es würde als go-in aufgefaßt, haben die Ordinarienleute trotz äußerster Beklommenheit ob der drohenden Patientenrebellion versuchsweise in ein Besuchsstündchen verwandelt. Dasselbe Ereignis, auf das wir hier anspielen, kommentierte der durch die Gegenseite informierte Dekan der Medizinischen Fakultät spontan als eine Führer-Fußvolk-Aktion. Die Betroffenen mußten hinterher lange reden, um ihm klar zu machen, daß, alles Böse sonst unterstellt, jedenfalls weit und breit weder ein »Führer« noch Führung zu bemerken gewesen sei.

Dem Rückzug auf das Traditionelle schloß sich bei solchen Begegnungen

dann unter Zeichen zunehmender nervöser Erschöpfung – nicht auf Seiten der Patienten! – der irreale Hinweis auf Sachzwänge »höherer Ordnung« an, meist verbunden mit Beteuerung der eigenen Ohnmacht. Nach dem Verständigungstreffen trudelten dann auch bald Macht und Gewaltakte »höherer Ordnung« in Form von Verwaltungserlassen ein. Es liegt in der »Natur« solcher Verwaltungsakte, daß der Bezug zum Urheber dunkel bleibt, weil ja nun gewissermaßen der Staatsapparat, die präparierte Gewalt in toto antwortet (». . . habe die ganze Sache dem XY übergeben, habe also damit gar nichts zu tun«).
Die Presse als dritte Kraft sah die arme Psychiatrie der Verfolgung durch Patienten ausgesetzt, und unsere Gegner samt anhängender Bürokratie, soweit sie nicht selbst der Presse die zu schreibenden Artikel in den Mund gelegt hatten, konnten nach diesem Einstieg in das selbstfabrizierte Wahnsystem – für sie bleibende Grundlage aller Selbstbestätigung – mit bestem Gewissen gewalttätig werden. Nun war jeder direkte Gewaltakt seitens Bürgerwehr, Schlägertrupps und Bullentrupps hinsichtlich Entzug der Räume und Mittel im voraus gedeckt und vermittelt durch ein behördlicherseits gut eingespieltes Wahnsystem.
Um die Wahnarbeit, die zwischen dem Beginn der ersten Maßnahmen in Sachen Patientenkontrolle, Patientenvollversammlungen etc. und dem Rauswurf der Patienten begann und – dies zeigen die einschlägigen Artikel in der RNZ[5] – innerhalb weniger Wochen abgeschlossen war (wie es die Regel ist für Zustände, die von Psychiatern als paranoid-halluzinatorische Psychose etikettiert werden), um diese Wahnarbeit hatten sich als Vorarbeiter besonders verdient gemacht: Kretz (Leiter der Psychiatrischen Poliklinik in Heidelberg), v. Baeyer (Ordinarius und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg), Oesterreich (Oberarzt an der Psychiatrischen Uni-Klinik in Heidelberg) und auch Herr Knorr (Chef der RNZ und Mitglied des Baden-Württembergischen-Landtags). Später wurde dann noch Uni-Rektor Rendtorff aktiv. Auf der Basis des kollektiven Wahns, gegen den Augenschein und ihm gebotene Möglichkeiten der Information, unterschrieb er Rauswurf und Hausverbot. Sein spezifischer Beitrag zum Wahnsystem ist vielleicht darin zu sehen, daß er fest an die Identität von Arzt und Staatsbeamtem geglaubt und die Kranken in der Eile übersehen hatte.
Jede Selbstwahrnehmung, jede Maßnahme dieser »Wahnproduzenten«, soweit sie sich auf uns bezog bzw. nur entfernt mit uns zu tun hatte, diente, wie das in solchen Fällen eben zu sein pflegt, der Verfestigung des Wahnsystems. Wer dort nicht gegen uns mitspielte oder lieber mitgespielt hätte, dem drohte – zumindest glaubte er das, und dies wenigstens begründetermaßen! – der Verlust der Arbeitsstelle und die übrigen bekannten Sanktionen und Frustrationen. Angst und Existenzunsicherheit – not-

wendige Grundlagen und Begleiterscheinungen des Menschen im Kapitalismus, d. h. seiner puren Mittelhaftigkeit – konnten, nachdem sie durch die Gegenseite aktiviert worden waren, nun getrost auf uns bezogen werden.

In dem Maß, in dem *wir* durch Einsicht in die Zusammenhänge sicherer wurden, den drohenden Entzug der Behandlung (für viele, wie sie bis dahin glauben gemacht worden waren, eine unabdingbare Lebensbasis) und den Verlust der Arbeitsstelle als das kleinere Übel gegenüber der jahrelangen Praxis der Anpassung an das Gesellschaftsspiel Profit und Mord einschätzen zu lernen, im selben Maß wuchs die psychotische Erlebnisbereitschaft der Gegenseite. Der Psychiater und Ober»arzt« Blankenburg (in Heidelberg) demonstrierte Phänomene massivster Art und ausgesprochen psychopathologischer Relevanz in Form wiederholter Personenverkennung (x-beliebige Leute sprach er als Dr. Huber an), panischer Fluchtreaktion bei Konfrontation mit Patienten und war schließlich längere Zeit durch Krankmeldung außer Verkehr. Laut persönlichem Zeugnis des Klinikchefs, Herr v. Baeyer, war unser Verbleiben in der Klinik deshalb unmöglich geworden, weil alle angeblich Angst *vor uns* hatten.

Wie dies allerdings aus unserer damals vergleichsweise geringen Anzahl, aus der Tatsache, daß *wir* die Objekte härtester Strafmaßnahmen waren, und überhaupt aus unserem Patientenstatus zu erklären sei, wußte er auf wiederholte ausdrückliche Rückfragen nicht zu beantworten. Aufgrund zahlreicher Berichte von Patienten und sogar Ärzten der Klinik steht hingegen zweifelsfrei fest, daß dort die komprimierte Angst schon immer festen Wohnsitz hatte. Die Angst vor Ordinarien, Oberärzten, Pflegern, Assistenzärzten und barmherzigen Schwestern. Erstaunlich, daß Herr Prof. v. Baeyer sich die Angst nicht erklären konnte, denn nach gültiger Meinung (es steht sogar schon in Illustrierten) und Lebenserfahrung sind es doch gerade Psychiater, die zwar nichts wissen, dafür aber für alles eine Erklärung haben.

Gerade die Unwissenheit oder das (selbstverschuldet!) untätige Wissen über die sozio-ökonomischen Grundlagen ihres Fachs macht Psychiater und Ärzte insgesamt zu dem, was sie sind, zu Schamanen der Verschleißregulation und Menschenvernichtung im Kapitalismus.

Werden sie nun durch Patienten mit ihrer spezifischen Funktion im Prozeß kapitalistischer Produktion konfrontiert, so sind sie von Anfang an in der schlechteren Position. Den Patienten macht es nichts aus, sich als Objekt, als Ware, als Abfall zu verstehen. Im Gegenteil: sie geben dadurch ihrem Selbstgefühl, das ihnen, mehr als anderen, noch nie etwas anderes angezeigt hat als eben dieses, ihr wirkliches Sein (Abfall, Ware, Objekt), die wissenschaftliche Erkenntnisbasis zurück, die ihnen die Gesellschaft aus

ideologischen Gründen vorenthalten und, soweit sie keimhaft dennoch hervortrat, bestritten und zertreten hat. Denn aufgrund der bürgerlichen Ideologie ist Krankheit Schicksal, Selbstverschulden, Schande, Vererbung, Gefahr in erster Linie für andere. Wo aber Erleben, objektiver Zusammenhang und Wissen übereinstimmen, sind die Voraussetzungen für eine unmittelbare Praxis gegeben samt Perspektiven der Veränderung. Der Objektcharakter ist tendenziell überwunden. Ganz anders das Verhältnis unserer Medizinmänner zum Produktionsprozeß im Kapitalismus. Ihr Bann wurde durch die Einsicht der Patienten in die objektiven Funktionen dieser »Gesund«beter gebrochen. Sie gerieten unter die Kontrolle der Kranken, waren nun ihrerseits Objekte. Waren sie vorher als Objekte des Subjekts Staat mit diesem widerstandslos verschmolzen, um dessen Macht gegen die Patienten zu kehren – zwar getarnt als sich kümmernd und aufopfernd zum Wohl der Patienten –, woraus sie für sich sogar die Illusion ihres Subjektseins ableiten konnten, so standen und stehen sie nun als ihres Nimbus beraubte Objekte da und können nicht mehr verdecken, daß ihre Aktivität die Macht des Staats, mit allen ökonomischen familiär-repressiven Grundlagen und Anhängseln, zur Voraussetzung und zum Ziel hat. Darauf sind sie aber durch ihre objektive Funktion im Gesellschaftsprozeß bestens vorbereitet. Denn ihre *präventive* und aktuelle Therapie und Wissenschaft dient dem vergeblichen Bemühen, die kapitalistische Wirtschaft gegen Krisen zu »heilen« und den Staat zu stärken auf Kosten der Kranken. Die Rentabilitätssteigerung des Faktors Krankheit ist das objektive Ziel ihres Handelns, gleichgültig was sie sich auch immer als Person und Kaste an Einbildung oder Theorie zurechtlegen.

Durch den Ausschluß der Poliklinikpatienten hatten sie die Glaubwürdigkeit ihrer Beteuerung, daß es ihnen nur um das Wohl der Kranken zu tun ist, untergraben. Ihre Verteidigungsversuche, die Universität sei nur für Forschung und Lehre zuständig und müsse deshalb Kranke ausschließen, machten deutlich, daß *diese* Forschung und Lehre, die über die Leichen der Kranken geht, mit Krankheit als kollektiver Wirklichkeit dieses Gesellschaftssystems jedenfalls nichts zu tun haben kann. Die Angst der Psychiater vor einer Handvoll Kranker wurde denn auch von Zaungästen des Wahnsystems genügend bespöttelt, kommentiert und glossiert. Aber die wenigsten unter den Außenstehenden ahnten auch nur das Ausmaß an gewalttätiger, archaischer Energie, das die durch unsere politische Praxis und die daraus resultierende Therapie eingeleitete Spaltung der Einheit Schamanentum und Staatsbürokratismus auf dem Sektor Psychiatrie/Medizin freisetzen würde.

Schon zu Beginn, spätestens aber als wir das Flugblatt unter dem Titel »Patienten entlarven die Psychiatrie ihrer Verfolger« veröffentlichten,

war uns klar, daß die Psychiater früher oder später die Bullen auf uns hetzen würden. Sie hatten uns mit Hilfe der Hetzpresse längst zu gemeingefährlichen Irren hochstilisiert. Aus gegebenem Anlaß? Aus einer psychologisch deutbaren Paranoia heraus? Weder noch! Der Widerstand, den ein System nach außen kehrt, ist qualitativ und quantitativ weder gleich dem Reiz noch gleich dem Motiv. Vielmehr ist der Widerstand die immanente Schranke des Systems selbst, sein Wesen, durch das es in sich zurück und über sich hinaus getrieben wird. Im vorliegenden Fall ist der Widerstand, schlicht die Gewalt gegen Kranke, nicht mehr als Psychiatrie/Medizin zu fassen, sondern als das wirkliche Sein und Wesen beider, als Staatsgewalt.

Man beachte, daß der Reiz SPK nicht irgendwo als giftiges Heilkraut auf dem Feld gewachsen ist, sondern sich konsequent im Systemzusammenhang der Psychiatrie und aus deren Totenkopf heraus entwickelt hat. Ebenso klar ist, daß es niemanden gibt, der – Produkt eines auf Ausbeutung gegründeten Systems – nicht den Keim zur psychotischen Umdeutung von Erlebnissen in sich trägt (Erbleiden Kapitalismus). Es ist daher notwendig, will man die Krankheit, die uns hier als Widerstand begegnete, begreifen, sie auf ihre wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und geschichtlichen Bedingungen zu untersuchen.

Mit anderen Worten: Unterliegt die Psychiatrie und das Gesundheitswesen im allgemeinen vielleicht inneren Zwängen und Widersprüchen, die sie als Bestandteile des kapitalistischen Staatsapparats gelegentlich krisenhaft nötigen, die Kranken zu verteufeln, etwa sie als überflüssige – für »Forschung und Lehre« hinderliche – Fresser, Faulenzer, gewalttätige und gemeingefährliche Irre, Wildwuchs, Futter für Knast und Gaskammer »marktreif« zu machen?

Trifft dies zu, dann wäre auch mit der Erscheinungsform des Gegenteils zu rechnen, daß nämlich für die Kranken als die guten, die fleißigen, kurz als die besseren Menschen Werbung betrieben wird (Identität der Gegensätze).

In der Tat, beides kommt vor. Die Irrenärzte der Pionierzeit, das ist erst etwa gute hundert Jahre her, pflegten, wenn sie die Regierung um Geld angingen, ihren Bittgesuchen dadurch besonderen Nachdruck zu verleihen, daß sie darauf hinwiesen, wie wichtig und wie sehr im »Öffentlichen Interesse« (ideologische Floskel zur Absicherung von Profitinteressen!) es doch sei, für die bekanntlich so gewalttätigen Irren sichere, wenn auch vielleicht sehr kostspielige Verliese zu bauen. Und siehe da, der Hinweis auf die Gewalttätigkeit brachte die Moneten des geizigsten Potentanten in Fluß.

In der Nazi-Ära wurden die Kranken dann bekanntlich in der Universitätsklinik, gerade auch in Heidelberg, sowohl psychiatrischer- als auch

chirurgischerseits (kraft »Freiheit der Wissenschaft«) dahingehend ausgesucht, ob sie in eigens für sie errichteten Gaskammern weiter zu behandeln oder »nur« zu sterilisieren seien. Das Ganze, wie man weiß, zur Reinhaltung der Rasse. Den Konzernbesitzern genügte dieses Argument; wie daraus ersichtlich, daß die für die Gaskammern und die »Freiheit der Wissenschaft« erforderlichen Mittel flossen. Davon abgesehen sind Gaskammern natürlich sehr viel ökonomischer: kurzfristige Verpflegungskosten, von der Einlieferung bis zum Mord. Irrenhäuser kann man abreißen, wenige Gaskammern im ganzen großdeutschen Reich genügen.

Gegen Kriegsende kam es dann zu einer Wendung um glatte 180 Grad. Die Produktion in den Rüstungsbetrieben litt unter vielfältigen Mängeln. Vor allem ließ trotz gelegentlich geübter Lynchjustiz der Fabrikgewaltigen der Leistungswille der Kriegsgefangenen nach, und ihre Bereitschaft zur »Gewalttätigkeit« in Form von Sabotageakten, Mundraub usw. wuchs. Da machte der Heidelberger Ordinarius für Psychiatrie, Prof. Carl Schneider, der seine Vorlesungen meist in der SA-Uniform zelebrierte – er hat sich hinterher erhängt –, aus *der* Klinik heraus, in der in hunderten von Fällen unter seiner Oberaufsicht über Gaskammer oder Sterilisation entschieden worden war, folgende dringliche Meldung an das Führerhauptquartier: Ein großer Teil der Kranken in allen Anstalten sei arbeitswillig, leistungsfähig, überhaupt nicht gewalttätig und politisch zuverlässig. Zur beschleunigten Erringung des Endsieges sei es daher von nicht zu unterschätzender Bedeutung, die Kranken statt der Gefangenen in der Rüstungsproduktion zu verwenden.

Man sieht: Verteufelung bis zum Massenmord und tendenziell totale Ausrottung; auf der anderen Seite Vergötzung bis zur völligen Preisgabe derselben wissenschaftlichen Grundlagen, die vorher für die Vernichtung verwendet wurden! Alles in derselben Ära, alles bezogen auf dieselben »Irren«. Folge der Massenpsychologie des Faschimsus? Freilich, *auch das* und sicher noch manches andere. Aber beachten wir lieber den Wandel, den der Widerstand in sich selbst erfahren hat, indem er aus der Hemmung (= Ausrottung) in die Aktivierung und Mobilisierung der »Irren« umgeschlagen ist.

In der ersten Phase der faschistischen Ära lief die Rüstungsindustrie auf Hochtouren, ausbeutbares »Menschenmaterial« war reichlich vorhanden, nur nutzlose und mißliebige Fresser (Konsumenten) waren unerwünscht, denn der Reichsnährstand mußte auf dem vergleichsweise unrentablen Sektor Lebensmittel haushalten. In der Bevölkerung hieß es, wenn die Nachricht von dem »plötzlich und unerwartet« eingetretenen Tod eines »Irren« eintraf, lakonisch: »Ein Fresser weniger, es war ja auch das Beste so.« In der Endphase der faschistischen Ära lief die Rüstung erst recht auf Hochtouren, zu essen gab es sowieso nichts mehr und ausbeutbares »Men-

schenmaterial« war auch Mangelware. Die für den Vernichtungsfeldzug gegen Kranke wesentliche ökonomische Situation war dieselbe geblieben. Der ideologische Fanatismus jenes Prof. Schneider hatte nicht zuletzt kraft der in Sachen Wissenschaft getätigten Fortschritte noch erheblich zugenommen. Nur an den ökonomischen Bedingungen hatte sich etwas geändert. Der salto mortale, der Umschlag des Widerstandes in sein Gegenteil, war bedingt durch die Notwendigkeit, die Ware Arbeitskraft auszuwechseln. Und schließlich handelte es sich nur formal, nur erscheinungsmäßig um einen Umschlag von Hemmung in Aktivierung, von Verteufelung in Vergötzung, von drohender Vernichtung in die Aussicht, zu überleben. Die Kranken hätten in den Betrieben auf einer noch kleineren Selektionsrampe balancieren müssen. Im Netz der durch Hunger und Leistungszwang in der faschistischen Endphase bestimmten Auswahlkriterien wären die meisten derjenigen hängen geblieben, die bis dorthin die Kriterien der Nazi-Psychiatrie und den »Arbeit-macht-frei«-Zynismus der KZ's überstanden hatten. Es war also weder die den Kranken sonst zugeschriebene Gewalttätigkeit und Gemeingefährlichkeit als Vorwand nötig, um sie im Interesse der Rüstungsgewinne auf die eine oder andere Art zu liquidieren, noch Kommunisten- und Anarchistenfresserei. Die angespannte Lage auf dem Sektor Rüstungswirtschaft und Reichsnäherstand genügte, um sogar dem Gegner des Systems die Menschenvernichtung plausibel erscheinen zu lassen.

An wissenschaftlicher Legitimation konnte es nicht fehlen, denn diese hatten die Universitäten sozusagen auf Vorrat bereitwillig geliefert. Es handelte sich dabei ohnedies nur um ideologisches Beiwerk. Das Dogma Rasse und Vererbung hatte sich, aufs Ganze bezogen, nicht durchgesetzt. Medizin und Gesetzgebung genügten vollauf: diese zur Vorbereitung, jene als Regulativ der Exekution.

Rüstungsmonopole und Führerhauptquartier hatten das Programm geliefert; die Medizin, angeführt durch die Psychiatrie, verpaßte ihm die wissenschaftliche Politur und legte gleich mit Hand an. Die Widerstände, auf die Kranke in jener Ära stießen, waren, nach Wesen und Ursache, nichts anderes als die Zwänge der ökonomischen Verwertung. Der Staat sorgte für die Rüstungsgewinne, die Rüstungskonzerne steigerten die Staatsmacht, die Massen verfielen dem nationalistischen Machttaumel und ließen sich suggerieren, daß dies alles Sozialismus sei, weil der Staat, also jeder Einzelne, der Wirtschaft das Programm vorschreibe (Staatssozialismus). Die verborgenen Bedürfnisstrukturen konnten sich dem Sog nach Leistung und Macht, den diese Riesenmaschine allenthalben ausübte, widerstandslos überlassen. Die Wirklichkeitsnäheren, die »Geisteskranken«, deren Bedürfnisse sich gegen den Sog dieses Programms sperrten, hatten keine Gelegenheit mehr, ihresgleichen zu begegnen. Was sie antreffen

konnten, waren die tödlichen Widerstände der Repräsentanzen von Ökonomie und Macht.
Hier zeigt sich der Kapitalismus auf dem Gipfel möglicher Zwiespältigkeit: einerseits Entfesselung der Produktivkräfte; andererseits potenzierte Gewalt, gleichbedeutend mit dem Rückfall in die Anfänge der Menschheitsgeschichte. Durch kollektive Anstrengung ist die Natur als Gewalt gegen den Menschen überwunden worden. Soll man mit H. Marcuse zwischen Gewalt i. S. Naturgewalt und Zwängen i. S. gesellschaftlich bedingter Gewalt des Menschen gegen seinesgleichen unterscheiden, um den Schein zu bestärken, Zwänge seien schon ein Fortschritt gegenüber der Naturgewalt aus grauer Vorzeit? Keineswegs, denn die kapitalistische Wirtschaft aller Spielarten ist potenzierte Naturgewalt. Als Träger des kapitalistischen Wirtschaftsprozesses kehren wir sie millionenfach verstärkt gegen uns und unsresgleichen und sind je nachdem gedankenlose oder stolze Handlanger der kollektiven Selbstzerstörung. Je verrückter, um so wirklicher: Der Widerstand Natur ist durch den Widerstand Kapitalismus ersetzt, der sich anschickt, den Widerstand Mensch zu beseitigen (und sich selbst dadurch die Basis entzieht). Je mehr Zeit dieses Unternehmen beansprucht, desto besser für den Kapitalismus. Die Gesamtheit dieser Vermittlungen und Zusammenhänge hat Marx vor mehr als 100 Jahren mit beispielloser Pedanterie dargestellt. (Nebenbei: Marx kannte sich auch schon ganz gut mit »Krankheit« aus: »... Der Idiotismus der jetzigen Bürgerwelt kann nicht besser gezeichnet werden als durch den Respekt, den die ›Logik‹ des Millionärs ... ganz England einflößte« [MEW, Bd. 3, S. 437].) Schon lange vorher war allgemein anerkannt, daß Selbstzerstörung, zumal wenn sie kollektiv auftritt, als Folge von Geisteskrankheit aufgefaßt werden muß. Das System der Ausbeutung hat Marx gelegentlich so charakterisiert:

»Die kapitalistische Produktion ist überhaupt, bei aller Knauserei, durchaus verschwenderisch mit dem Menschenmaterial, ganz wie sie andererseits, dank der Methode der Verteilung ihrer Produkte durch den Handel und ihrer Manier der Konkurrenz, sehr verschwenderisch mit den materiellen Mitteln umgeht und auf der einen Seite für die Gesellschaft verliert, was sie auf der andren Seite für den einzelnen Kapitalisten gewinnt.« (MEW, Bd. 25, S. 97)

Wer sich dennoch als »Menschenmaterial« verschwenden, verheizen läßt – und wer tut das nicht? –; wer die Produkte seiner Tätigkeit, die seine Lebenszeit, Nerven, Muskeln, Gehirn enthalten, als Abfall behandelt und behandeln läßt und keinen Widerstand spürt oder sich weigert, ihn zu erkennen, um aus dieser Erkenntnis praktische Konsequenzen zu ziehen; mehr noch, wer diesen Widerstand durch eigenes Zutun gegen sich und andere aktiviert und tausenderlei Gründe vorbringt, die dieses Verhalten in seinen und den Augen anderer rechtfertigen: zu dessen Charakterisie-

rung möchten *wir* jedenfalls nicht den Ausdruck Entfremdung benutzen, sondern schlicht vorsätzliche Teilhaberschaft am Wahnsinn der herrschenden Klasse diagnostizieren.
Dieser Teilhaber paßt in jedes Schema traditioneller psychiatrischer Diagnostik: Er teilt sich mit der kapitalistischen Produktionsweise und der Rechtsprechung in Selbstgefährdung, Gefährdung anderer und Verwahrlosung. Angst und deren hunderterlei Abwehrmechanismen, Verfolgungs- und Größenideen, Schuldimport und -export, Ambivalenz, Selbst- und Fremdschädigungszwänge, Kontrollzwänge und vieles andere sind lediglich Widerspiegelung und ansatzweise Vergegenständlichung der kapitalistischen Verteilungs-, Selbstschutz- und Produktionsvorrichtungen, an die er mittelbar in einem Ausmaß gebunden ist, das jede Selbstbewegung unmöglich macht.
Das Kompensations- und Anpassungssystem, zusammengesetzt aus Angst und Zwängen, kann aber überfordert werden, gerade bei der Mehrheit – den krankhaft Normalen. Die Überforderung geht von dem drohenden Verlust der ökonomischen Basis aus, sei es durch tatsächliche Krisen, sei es durch propagandistische Verunsicherung. Kurzschluß im System der metaphysischen Vermittlungen! Das Irritiert-sein macht sich am Feindbild, dem »Geisteskranken«, dem »Terroristen«, dem »Revolutionär« fest. Die in ihrer ganzen Brüchigkeit spürbar gewordene ökonomische Basis äußert sich nun durch ihre Sachwalter hindurch als induziertes Irresein, dessen Ausbreitung und Intensität proportional der Staatsgewalt ist, auf die es sich stützt. Die Frage nach dem Widerstand gegen sog. Geisteskranke reduziert sich also auf die Frage, wie sich die ökonomische Basis im Erleben aller reflektiert, wobei die Beibehaltung der durchaus irrsinnigen ökonomischen Basis ihrerseits das psychopathologisch deformierte Erleben insgesamt widerspiegelt, das wissenschaftlich in den Rang des »Normalen« erhoben ist.
Der Widerstand gegen die proletarische Revolution ist identisch mit dem Widerstand gegen die sog. Geisteskrankheit. Aus der Sicht der *herrschenden Klasse* werden revolutionäre Aktivitäten konsequenterweise als »Massenpsychose«, bestenfalls als kriminelle Auswüchse fehlgeleiteter Idealisten eingestuft, wobei »Idealisten« nur eine Umschreibung für »arme Irre« ist. Die Klasse der *Ausgebeuteten* dagegen sieht in der revolutionären Erhebung ein Wahnsinnsunternehmen, das sie in Form der »Verbrechensbekämpfung« und der Abwehrhaltung gegen »Geisteskranke« bei sich selbst zu unterdrücken sucht. Hinter beiden Positionen stehen ökonomische Interessen. Auf der einen Seite Profitstreben, auf der anderen das Streben, den die Profite ausspuckenden Apparat im vermeintlich eigenen Interesse um jeden Preis funktionsfähig zu erhalten. Der Kapitalist befindet sich mit sich selbst im Widerspruch, indem er gezwungen

ist, auch noch den Strick zu verkaufen, an dem er aufgehängt wird (Lenin). Aber gerade der Umgang mit Kranken in Gestalt des kapitalistischen Sozial- und Gesundheitswesens sichert ihn gegen den Verkauf dieses letzten Strickes bestens ab. Die Ausgebeuteten befinden sich mit sich selbst dadurch in Widerspruch, daß sie durch die Steigerung jener Krankheit, durch deren Abwehr sie glauben, ihr Überleben sichern zu können, den kapitalistischen Profitapparat in seiner Funktionsfähigkeit gefährden. Dies stellt sie vor die Wahl, das Heer der »geistig Behinderten« in Wartezimmern, Rehabilitationszentren und Irrenhäusern innerhalb der nächsten Jahrzehnte um Zehnerpotenzen zu vermehren, oder aber das »Wahnsinnsunternehmen« Revolution einzuleiten, um der galoppierenden Entwertung und Vernichtung zu entgehen.

Es waren denn auch weder kleinbürgerliche Idealisten noch proletarische Überlebenskünstler, sondern Patienten, die den zweiten Weg propagierten, indem sie den Widerstand als Krankheit erkannten und seine Überwindbarkeit durch ihre politische Praxis demonstrierten. Denn wie viele und welche ernstzunehmenden Ansätze einer auf die Überwältigung dieses Widerstandes oder auch nur auf seine Entlarvung zielenden proletarischen Revolution findet man derzeit in den Wohlstandsmetropolen? Ansätze zur Beseitigung der kapitalistischen Wirtschaft, die es zugleich mit den Menschen als Produkten und Trägern dieses Wirtschaftsprozesses zu tun haben, folglich mit dem System (Staats-)Gewalt und Geisteskrankheit?

Weder Weltkriege mit ihren in Millionen zu messenden Verlusten an »Normalen« noch Wirtschaftskrisen haben es erreicht, etwa vorhandene »Ansätze« hervorzuzaubern. Übrigens ist es müßig zu fragen, welcher Widerstand schwerer zu überwinden ist, die kapitalistische Wirtschaft oder die kollektive Menschenvernichtung – »Geisteskrankheit«, seelisch-geistige Behinderung und wie die euphemistischen Bezeichnungen scheinhumaner Psychiatrieprofessoren sonst noch heißen mögen –, beide sind ohnedies identisch.

Vom Standpunkt der politisch bewußten Patienten aus war der Widerstand nach Ursache, Art und Zielrichtung eine Funktion im Verhältnis zwischen ökonomischer Basis und Universitätshierarchie. Zwar erwies sich die Krankheit der in Behandlung Stehenden als notwendiges und letzten Endes erwünschtes Produkt der Produktions- und Konsumtionszwänge, d. h. als Produkt der gesellschaftlichen Totalität überhaupt. Dazu völlig im Widerspruch aber stand die private Verwaltung und staatliche Aneignung des Kranken und seiner Krankheit. Die Aussperrung der Patienten als Kehrseite und Konsequenz dieses Privatismus war zugleich seine schlagendste Bestätigung, darüber hinaus aber auch Indiz für die vernichtungsspezifische Totalität des Gesellschaftsprozesses und die Möglichkeit seiner

Überwindung durch Selbstorganisierung. Einer mehr oberflächlichen Betrachtungsweise konnte sich die »Patientenrevolte« auch als Ausdruck einer erstaunlichen Realitätsadäquanz der Kranken im Widerspruch zu dem ihnen durch die Schamanen-von-Staats-wegen vorgegaukelten Irresein darstellen. Doch die aus der objektiven Situation der Patienten resultierende Tätigkeit – sie kann entsprechend ihrer Realitätsadäquanz nur eine kollektive sein – ist vom Ansatz her nicht vordergründig gegen Herrschaft gerichtet, sondern hat die Arbeit an den objektiven Grundlagen ihres Patientenseins zum Gegenstand. Sie zielt auf Teilnahme am Produktionsprozeß mit dem Ziel, den Grundwiderspruch (zwischen Wirtschaft und Vernichtung, Lohnarbeit und Kapital) zu beseitigen. Hingegen ist die Tätigkeit des Arztes notwendig auf die Stabilisierung der Herrschaft gerichtet. Sie hat das Unwirkliche zum Objekt (die als Folge von Kapitalkonzentration und Automation immer überflüssiger werdende und von ihrem Träger ohnehin abgespaltene Ware Arbeitskraft) und steht dadurch notwendig als direkte Gewalt unmittelbar gegen den Patienten.

Gewalt aber ist das Unspezifische, Anorganische, dem grundsätzlich nur durch spezifizierte Gewalt zu begegnen ist. Und nur innerhalb eines derartigen Wechselverhältnisses haben wir uns den Widerständen gestellt. Überhaupt werden die Aktivitäten einer Patientenselbstorganisation hinsichtlich ihrer eigenen Möglichkeiten oft illusionär überschätzt, – es sei denn, man sieht darin nicht mehr als eine Gelegenheit für Äußerungen irrer Gewaltmaßnahmen, die in dem System Psychiatrie/Staat/Kapitalismus als gebundene Energien zur schleichenden oder direkten Vernichtung von Kranken bereitliegen.

In der Wilhelminischen Ära genügte der *Hinweis* eines psychiatrischen Staatsbüttels auf die Gewalttätigkeit der Irren, um im »öffentlichen Interesse« die finanzielle Hürde auf dem Weg zur totalen Verwaltung der Kranken im Sturm zu nehmen. In der Ära des Faschismus wäre ihm selbst diese Anstrengung erspart geblieben, denn hier genügte eine bestimmte ökonomische »Zwangs«lage, um tödliche »Widerstände« gegen Kranke in Bewegung zu setzen.

Kranke befinden sich eben a priori im Zustand der Rechtlosigkeit. Es ist daher auch für den Gegner verlorene Mühe, sie als einzelne in der Illegalität anzusiedeln, oder gar sie zu kriminalisieren. Der Hinweis auf die Gewalttätigkeit genügt als Legitimation für Gewalteinsätze gegen Kranke und trifft ja ohnedies nur »Illegale«. Im Kapitalismus hat jede Ware ihren Preis, und deren richtige Bezeichnung ist Krankheit.

Wollte man das Gemeinsame, das Allgemeine der »geistig-seelisch-Behinderten« nennen, so liefe die Suche, wenn sie ernsthaft betrieben wird, immer auf eine Spielart von Gewalt hinaus. Aber der Widerstand, zu dessen Überwältigung Psychiater und Laien Gewalt als Argument bemühen:

geht er wirklich vom Kranken aus, hat er mit ihm überhaupt etwas zu tun? Weder die ökonomische Barriere, die ein Psychiater durchbricht, wenn er gegen Kranke verbal oder direkt Gewalt gebraucht, noch das gleichgesinnte Verhalten von Angehörigen, wenn sie für die Einweisung in die Anstalt sorgen, macht es möglich anzunehmen, daß der Widerstand, der in beiden Fällen überwältigt wird, etwas mit Kranken zu tun hat.
Hier werden ganz eindeutig ökonomisch-politische Widerstände, die ihren Grund in der an eine verrückte Wirtschaft angepaßten Denkweise haben, »auf dem Rücken der Kranken« ausgetragen. Alle Beteiligten unterliegen diesen Widerständen. Aber weit davon entfernt, sie direkt anzugehen, schieben sie den Kranken als *Mittel* zwischen sich und die ökonomisch-politischen Widerstände. Der Kranke wird den aus einer irren Wirtschaftspolitik resultierenden Widerständen geopfert, denen er letzten Endes sein Kranksein zuzuschreiben hat, um es den »Normalen« zu ermöglichen, diesen Widerständen auszuweichen und das sie verursachende verrückte System stabil zu halten. Bei den Kranken aber erreicht andererseits die Vergegenständlichung der ökonomisch-psychischen Mechanismen jenen Grad an Objektivität, der als konkrete Wiedergabe der kapitalistischen Wirklichkeit deren tendenzielle Überwindung zum Keim und Zentrum hat. Darum können die bewußt gewordenen und selbstorganisierten Kranken zur bestimmten Negation des Systems Krankheit/Kapitalismus werden.

IZRU *(Informationszentrum Rote Volksuniversität) für das ehemalige* SPK, *c/o* ASTA *Heidelberg, 69 Heidelberg, Grabengasse 14*

Anmerkungen

1 J. C. Polack, *La mé decine du capital*, Paris 1971, S. 36.

2 Polack, a.a.O., S. 35.

3 Die totale Unterwerfung des Menschen als zu verschleißende Arbeits*maschine* einerseits und die Verflechtung des Produktionssektors mit dem Gesundheitswesen andererseits lassen zumindest mechanische Anwendungen der klassischen Einteilung in Sektoren, wie sie auch in Polacks gründlichen Analysen stellenweise noch zum Vorschein kommen, äußerst obsolet erscheinen. Vor allem aus diesem Grund sind die meisten linken Gruppen am Begreifen unserer Arbeit gescheitert. Sie hielten uns immer wieder vor, daß die Industriearbeiter zu agitieren seien – wogegen wir bestimmt nie etwas hatten – und daß im »Dienstleistungssektor Gesundheitswesen« allenfalls das Pflegepersonal (weil lohnabhängig – offenbar im Gegensatz zu den Patienten, die ja *nur* eine Dienstleistung in Anspruch nähmen) Adressat sozialistischer Aktivität sein könnte. Eine solche Argumentation ist angesichts der aufgezeigten Funktionen des Gesundheitswesens vor allem als Instrument zur Optimierung der Ausbeutbarkeit der Arbeitskräfte schlicht schwachsinnig.

4 André Glücksmann, in *Revolution Frankreich* 1968, S. 26 f.

5 *Rhein-Neckar-Zeitung*, »führende« Heidelberger Tageszeitung; ein leitender Redakteur dieser Zeitung war ehemals Mitarbeiter des Streicher-Blattes *Der Stürmer*.

Aus der Anklageschrift gegen das Sozialistische Patientenkollektiv

I Täuschungen im Rechtsverkehr

Die Genannten werden angeschuldigt,
sie hätten, Hausner im Alter von 18 Jahren und Berster im Alter von 20 Jahren, auf Veranlassung und Betreiben des Dr. Wolfgang und der Dr. Ursula Huber aus Mitgliedern des sog. »Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg« in Heidelberg im Sommer des Jahres 1970 nach dem Vorbild der Baader-Meinhof-Bande eine Stadtguerillagruppe gebildet, die es sich zum Ziel gesetzt habe, die verfassungsmäßige Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland mit allen Mitteln, auch unter bewußter Verletzung der Rechtsordnung zu beseitigen und bis zum Zeitpunkt des beabsichtigten revolutionären Umsturzes die Bevölkerung im Raume Heidelberg durch Sprengstoffanschläge und andere Straftaten gegen öffentliche Einrichtungen zu verunsichern. [. . .]
Sie hätten somit
– Dr. Wolfgang Huber und Dr. Ursula Huber als Rädelsführer – Siegfried Hausner und Kristina Berster als Heranwachsende –
1. eine Vereinigung gegründet oder sich an einer Vereinigung als Mitglieder beteiligt, deren Zweck und Tätigkeit darauf gerichtet gewesen seien, strafbare Handlungen zu begehen;
2. tateinheitlich hierzu in 3 rechtlich selbständigen Handlungen als Mittäter
   a) zur Vorbereitung von Explosionen, die durch Sprengstoff begangen werden sollen, Sprengstoffe hergestellt
   b) vorsätzlich versucht, Gebäude in Brand zu stecken
   c) – mit Ausnahme der Angeschuldigten Kristina Berster – vorsätzlich versucht, eine Explosion durch Sprengstoff herbeizuführen, und dadurch Leib oder Leben oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet;
3. tateinheitlich zu Ziffer 1 als weitere rechtlich selbständige Handlung – Dr. Wolfgang Huber und Dr. Ursula Huber als Mittäter, Heinz Muhler, Werner Schork und Susanne Herminghausen als Gehilfen – zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde hergestellt;
4. tateinheitlich zu Ziffer 1 als weitere rechtlich selbständige Handlung – die Angeschuldigten Dr. Wolfgang Huber, Dr. Ursula Huber, Susanne Herminghausen und Werner Schork – nach Begehung eines Verbrechens dem Täter wissentlich Beistand geleistet, um diesen der Bestrafung zu entziehen.

Überführungsstücke:
1. Sony Kassettenrecorder / 2. 5 Kassetten / 3. Buch »Der totale Widerstand« / 4. Schriftl. Unterlagen der 1. Durchsuchung / 5. Frequenz-Meßgerät / 6. Stahlkassette mit versch. Radiobauteilen / 7. Fernsprechapparat / 8. Luftgewehr »Weihrauch« / 9. Luftdruckpistole / 10. Luftdruckmunition / 11. Blaue Tragetasche mit Werkzeug / 12. 11 Stück Broschüren und Bücher / 13. Transistorradio / 14. Collegmappe mit Werkzeug / 15. Rote Kassette m. Inhalt: Schriftl. Unterlagen u. Notizen / 16. Broschüre / 17. Schriftl. Unterlagen der 2. Durchsuchung / 18. Elektroteile für Minifunkanlage / 19. Wander- und Tourenkarten / 20. Transistorempfänger / 21. Fotoapparat / 22. Recorder-Ladegerät / 23. Schlüssel / 24. Schriftl. Unterlagen der 3. Durchsuchung / 25. Rotaprint-Abzüge / 26. Negativ-Druckplatten / 27. Schlüssel / 28. Schriftl. Unterlagen der 4. Durchsuchung / 29. Meßinstrument / 30. Kabel und Stecker / 31. Elektroteile / 32. Stemmeisen / 33. Buch »Dokumentation zum SPK Heidelberg« [...] / 101. Linolschnitt-Kasten / 102. Heftmaschine / 103. Tesafilm / 104. Typex / 105. Graupner-Katalog / 106. Karteikarten mit Notizen / 107. Broschüren »Das Motorrad« und / 108. »Der Heimsparer« / 109. Rasierklingen / 110. Folien [...] / 175. Herrenwäsche / 176. Toilettenartikel / 177. Vitamin-Tabletten / 178. Aktenkoffer, schwarz mit Inhalt: / 179. Perücke, dunkelblau / 180. 13 Bl. Durchschriften / 181. 2 Sonnenbrillen / 182. Manschettenknöpfe / 183. Div. Stadt- und Landkarten / 184. Plastik-Reisetasche mit Inhalt: / 185. Oberbekleidung / 186. Unterwäsche / 187. Holzraspel / 188. kleine Pfeife / 189. Sporttasche, grün-rot-kariert mit Inhalt: / 190. Sommerhose, beige / 191. Rucksack mit Inhalt: / 192. 1 Schraubenschlüssel / 193. 1 Schweißbrenner mit Zubehör / 194. Sporttasche, blau-beige mit Inhalt: / 195. 1 Adreßbuch / 196. 1 Notizbuch / 197. 1 Hose / 198. 1 Windbluse / 199. 3 Mäntel / 200. 1 Obstmesser [...] / 228. Kalender 1970/1971 / 229. Beitrittserklärung / 230. Stadtplan von Heidelberg / 231. Schlüssel / 232. Gaskocher / 233. Kochplatte / 234. Tauchsieder / 235. Glühbirnen / 236. Kabel / 237. Stecker / 238. Kochtopf / 239. Pfanne / 240. Tasse / 241. Sieb / 242. Dosenöffner / 243. Küchenmesser / 244. Bestecke / 245. Teller / 246. Spargel / 247. Spaghetti / 248. Kehrschaufel mit Handfeger / 249. Besen / 250. Handwaschbürste / 251. Haarbürste / 252. Kleiderbügel / 253. Allzwecktücher / 254. Tempotücher / 255. Kerzen / 256. Briefumschläge / 257. Handtuch / 258. Gardinenhaken / 259. Synthetik-Stor / 260. Leinentuch-Stor / 261. Deko-Stoff, blau / 262. Deko-Stoff, schwarz / 263. Wolldecken / 264. Kissen /

265. Fußabstreifer / 266. Klappstuhl / 267. Hocker / 268. Tapeziertisch / 269. Matrazen (z. Zt. Krim. techn. Untersuchung).

III Der Staatsanwalt als Seelenarzt

Zu den einzelnen Angeschuldigten ist folgendes zu sagen:

Dr. Wolfgang Huber
Der Angeschuldigte wurde am 29. 1. 1935 in Frankfurt/Main geboren. Er schloß am 30. 6. 1959 vor dem Standesamt Heidelberg mit der Mitbeschuldigten Dr. Ursula Huber, geb. Schäfer, die Ehe. Aus dieser Ehe sind 3 Kinder hervorgegangen und zwar
Irene Margarete, geb. 6. 2. 1960 in Heidelberg / Martina Ilse, geb. 3. 5. 1961 in Heidelberg / Marcus Wolf, geb. 24. 2. 1967 in Heidelberg
Die Tätigkeit Dr. Hubers nach Ablegung seiner Prüfung wurde bereits eingangs des Ermittlungsergebnisses dargestellt. Seine Behandlungsmethode bestand in einer übermäßigen Bindung seiner Patienten an ihn; er hielt sie beständig in der Furcht, in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus »herkömmlicher Art« eingewiesen zu werden, um dadurch nach Ansicht seiner Patienten endgültig von der Bildfläche zu verschwinden, was schließlich auch den Anschlag auf das Psychiatrische Landeskrankenhaus in Wiesloch erklärlich macht und auslöste. Er ist zusammen mit seiner Ehefrau als Rädelsführer der von der Gruppe ausgeführten Straftaten anzusehen. Er hat seine ärztliche Autorität dazu mißbraucht, von ihm psychisch abhängige Menschen zu verführen und letztlich zu kriminalisieren, Patienten, die auch heute noch zu ihm stehen und über die von ihm entwickelten Pläne schweigen. Diese Verhaltensweise findet keine Rechtfertigung durch ärztliche Behandlungsmethoden, sofern sie dazu führt, unter dem Deckmäntelchen sogenannter politischer Ideen kriminelle Verbrechen nach Art von Stadtguerilla-Banden zu begehen. Seine »hohe Verantwortung« vor seinen ärztlichen Aufgaben läßt sich auch leicht daraus beurteilen, daß er etwa 2 Monate vor seiner Festnahme sich nicht mehr in den Räumen des SPK blicken ließ und die ärztliche Betreuung notdürftig von der Mitbeschuldigten Dalia Michel durchgeführt werden mußte.
Der Angeschuldigte hat sich geweigert, Angaben zur Person und zur Sache zu machen.

Dr. Ursula Huber
Ursula Huber, die am 20. 7. 1935 in Köln geboren wurde, hat ebenso zur Person und wie die übrigen Mitbeschuldigten zur Sache keine Angaben gemacht. Sie war bis zu ihrer Festnahme am 21. 7. 1971 am physiologischen

Institut der Universität Heidelberg als Förderungsassistentin beschäftigt. Über die Auffassung ihrer ärztlichen Berufspflichten gilt dasselbe wie bei Wolfgang Huber Gesagte.
Auch sie hat die ärztliche Autorität dazu mißbraucht, Patienten zu kriminellen Handlungen zu verführen, wobei sie selbst von einem blinden Fanatismus getrieben wurde.

Werner Schork
Der Lebensweg des Beschuldigten wurde von seiner Mutter gegenüber Beamten des Landeskriminalamtes geschildert. Er wurde am 29. 5. 1938 in Karlsruhe geboren, wo er in einer ordentlichen Handwerkerfamilie aufwuchs. Von 1945 bis 1948 besuchte er die Volksschule in Karlsruhe; da er überdurchschnittlich begabt und sehr lernfreudig war, konnte er die 2. Volksschulklasse überspringen. Anschließend besuchte er bis 1956 das Kant-Gymnasium in Karlsruhe und bestand das Abitur mit der Note »gut«. Er studierte bis 1963 an der Städtischen Musikhochschule in Karlsruhe. Vom Juli 1963 bis Juli 1964 hielt er sich zum Fremdsprachenstudium in Paris auf. Wegen seiner guten Leistungen erhielt er hierfür ein 6monatiges staatliches Stipendium. Von 1964 bis 1970 studierte er an der Universität Heidelberg Musikwissenschaft und legte das Examen als Musikpädagoge ab. Nach seinem Examen war er dann am Liselotte-Gymnasium in Mannheim als Studienassessor tätig. 1966 hat er sich mit Barbara Franke, die ebenfalls Musik studierte, verheiratet. Am 22. 9. 1969 wurde sein einziges Kind geboren.
Nach den Angaben seiner Mutter hatte der Angeschuldigte immer einen sehr guten Kontakt zu seinem Elternhaus, insbesondere zu seiner Mutter. Die Bindungen lockerten sich erst, als er nach Heidelberg kam und den Angeschuldigten Dr. Huber kennenlernte, was zur Folge hatte, daß seine Besuche immer seltener wurden. Im Gegensatz zu früher, wo familiäre Angelegenheiten die Hauptgesprächsthemen waren, sprach er hauptsächlich nur noch vom »Sozialismus«. Er ging dabei so weit, daß er seinen Vater und auch seinen Bruder als »Kapitalisten« beschimpfte.
Die Ermittlungen haben nicht ergeben, warum Werner Schork den Weg zu Dr. Huber fand. Es ist jedoch davon auszugehen, daß es Schwierigkeiten psychischer Art waren, denn gegenüber den vernehmenden Kriminalbeamten hat der Angeschuldigte geäußert, er verdanke Dr. Huber sehr viel, da er ihn von einer seelischen Konfliktsituation befreit habe. [. . .]
Einer Untersuchung auf seine strafrechtliche Verantwortlichkeit im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg hat sich der Angeschuldigte widersetzt.

Ewald Goerlich
Der Angeschuldigte Goerlich hat zu seiner Entwicklung seit seiner Schul-

entlassung vom Gymnasium in Schwenningen im Frühjahr 1967 vor der Polizei Angaben gemacht. Insoweit kann auf die Vernehmung vom 3. 8. 1972 verwiesen werden. Aufgrund psychischer Störungen hatte er zunächst versucht, eine Behandlung in der Psychosomatischen Universitätsklinik zu erreichen, wurde jedoch wegen Überfüllung der Klinik auf eine Warteliste gesetzt und fand so den Weg zu Dr. Huber, der ihn offenbar alsbald in seinen Bann zog und der es verstand, Goerlich für seine eigenen Zwecke zu begeistern. Goerlich war intelligenzmäßig hierzu durchaus brauchbar und hat sich auch in wesentlichen Punkten für die angestrebten Ziele eingesetzt, so nach außen durch die Abfassung der sog. »Patienteninfos«. [. . .]
Nach den Angaben des Bachus war Goerlich bei der Führungsgruppe des SPK der sog. »Chefideologe« und lieferte für die praktischen Arbeiten der Gruppe die theoretischen Grundlagen. Er verstand es, Handlungen, die gegen die bestehende verfassungsmäßige Ordnung und gegen die Strafgesetze verstießen »philosophisch« zu rechtfertigen. Goerlich hält sich fest an die einmal ausgegebene Devise, über das Vorhandensein und die Zugehörigkeit zum Inneren Kreis zu schweigen.
Der Angeschuldigte hat zu den ihm zur Last gelegten Vorwürfen keine Angaben gemacht. Der Untersuchung auf seine strafrechtliche Verantwortlichkeit im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg hat er sich unterzogen. Das Gutachten steht noch aus.

Thomas Tremmel
Ebenso wie Ewald Goerlich hat auch Tremmel zu seinem bisherigen Lebensweg Angaben gemacht. Insoweit kann auf seine ausführliche polizeiliche Vernehmung vom 4. 8. 1971 Bezug genommen werden. Aufgrund eingetretener psychischer Schwierigkeiten fand er, nachdem er in der psychosomatischen Klinik in Heidelberg nicht behandelt sondern auf eine Warteliste gesetzt wurde, den Weg zur Behandlung bei Dr. Huber und wurde von diesem, nachdem er aufgrund seines Studiums für brauchbar erachtet wurde, in den »Inneren Kreis« aufgenommen. Er war bei den Lagebesprechungen im Hause des Angeschuldigten Huber dabei und hat sich zu den Zielen und den strafbaren Vorhaben bekannt. Sein Austritt aus dem SPK war ebenso wie bei Goerlich die letzte Konsequenz, nachdem er hatte erkennen müssen, daß das Ende des »Inneren Kreises« gekommen war und daß nun auch vor der Vernichtung von Menschenleben, was er nicht gebilligt hat, nicht mehr zurückgeschreckt wurde.
Trotzdem hält er nach wie vor an der ausgegebenen Devise des »eisernen Schweigens« fest. Auf seine strafrechtliche Verantwortlichkeit im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg wurde er untersucht. Das Ergebnis steht noch aus.

Ekkehard Blenck

Über seinen Werdegang und seine Beteiligung an den ihm zur Last gelegten Straftaten hat sich der Angeschuldigte ausgeschwiegen. Blenck hat am 16. 1. 1970 in Heidelberg die persische Studentin Nahid geb. Enandjomeh geheiratet. Die Ehe wurde vermutlich nur geschlossen, damit Frau Blenck eine Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis für die Bundesrepublik Deutschland bekam. Dafür spricht, daß die Eheleute bei der Eheschließung getrennte Wohnungen angegeben und noch nie zusammengewohnt hatten. Während Frau Blenck in Neckargemünd eine Wohnung hatte, wohnte Ekkehard Blenck weiterhin in der Kommune Sandgasse 11 in Heidelberg. Auch bei Ekkehard Blenck war im Laufe der Zeit eine zunehmende Radikalisierung seiner Ansichten zu erkennen; so hat ihn der Zeuge Riedling als einen der Radikalsten des SPK neben Axel Achterrath und Siegfried Hausner bezeichnet, während Bachus ihn zunächst als einen ruhigen Mann geschildert hatte. Seine innere Einstellung spiegelt sich auch deutlich an der bei ihm gefundenen Literatur sowie aus dem in seinem Besitz befindlichen Flugblättern und Plakaten wieder, die oft Aufforderungen zu Verbrechen enthalten (AS 413 ff.). Wie sich aus seinem Schweigen ergibt, hat er sich von seiner früheren Einstellung noch nicht wesentlich abgewandt.

Siegfried Hausner

Der Angeschuldigte Hausner hat trotz seiner Jugend schon recht bewegte Zeiten hinter sich. Am 24. 1. 1952 wurde er als Sohn des Zollobersekretärs Friedrich Hausner und dessen Ehefrau Maria geb. Rossmanit geboren und wuchs neben einer 4 Jahre älteren Schwester im elterlichen Haushalt auf. Im Jahre 1958 kam er in die Volksschule und besuchte seit 1962 die Oberrealschule in Hof. Dort verblieb er 2 Jahre lang bis er anschließend aufgrund der Versetzung seines Vaters nach Ruit in Eßlingen das Schels-Tor-Gymnasium besuchte. Dort verblieb er bis zur Obersekunda. Offenbar aufgrund familiärer Spannungen verließ er am 19. Juni 1969 Schule und Elternhaus und begab sich aus Abenteuerlust nach seinen eigenen Angaben nach Spanien und zwar zunächst nach Valencia und anschließend nach Spanisch-Sahara. Nach kurzer Zeit kam er jedoch wieder nach Deutschland zurück und besuchte ab September 1970 das Bunsen-Gymnasium, wobei er zunächst in der Gaststätte »Wiener Wald« in Heidelberg und später ein Zimmer in der Ziegelgasse 7 bewohnte. In dieser Zeit muß er auch Anschluß an Dr. Huber gefunden haben und war schließlich Mitglied des »Inneren Kreises« und dort Mitglied der Abteilung Sprengtechnik. Wegen seiner Tatbeteiligung wird auf den Schlußbericht des Landeskriminalamtes im einzelnen verwiesen.

Die Entwicklung des Hausner ist beweglich und es bleibt abzuwarten, ob

er gewillt ist, seine bisher gezeigte radikale Einstellung zu ändern. Ob bei ihm Jugendstrafrecht oder Erwachsenenstrafrecht anzuwenden sein wird, kann erst die durchgeführte Hauptverhandlung erweisen. Die Prognose ist nicht günstig.

Zu den Vorwürfen und seiner Beteiligung am »Inneren Kreis« hat der Angeschuldigte keine Angaben gemacht. Auch dies beweist das hartnäckige Festhalten an der einmal eingeschlagenen Linie. Einer Untersuchung auf seine strafrechtliche Verantwortlichkeit im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg hat sich Hausner widersetzt.

Wie die durchgeführten polizeilichen Ermittlungen ergeben haben, stand die Gruppe bei ihrer Zerschlagung erst am Anfang eines radikalen und gefährlichen Prozesses. Die durchgeführten Polizeiaktionen haben dieser Entwicklung ein zumindest vorläufiges Ende gesetzt. Aus dem Ergebnis ist aber auch festzuhalten, daß alle Beteiligten durch ihr Verhalten eine kriminelle Vereinigung gebildet haben, die gemeinsam psychisch und physisch ihr Ziel verfolgt haben, wobei die angeschuldigten Eheleute Dr. Huber als Gründer und als Kopf und somit als Rädelsführer dieser kriminellen Vereinigung anzusehen sind.

Gerade das Vorgehen der Baader-Meinhof-Bande, die jetzt restlos in eine kriminelle Verbrecherbande umgeschwenkt ist, stellt deutlich unter Beweis, daß die Banden und Gruppen letztendlich vor Mord und Gewaltverbrechen nicht mehr zurückschrecken. Es ist deshalb notwendig, daß diesen Bestrebungen schon am Anfang ein Riegel durch die Verhängung empfindlicher Freiheitsstrafen vorgeschoben wird. gez. (Schubert)

Oberstaatsanwalt

Hilfeaufruf für die irischen Patrioten

Für die westdeutschen Sozialisten und Demokraten war der bewaffnete Befreiungskampf des irischen Volkes bislang mehr oder minder ein peripheres Ereignis, das dem weltweiten antiimperialistischen Kampf nicht zuzuordnen sei.

Die Regierung Lynch im Süden hat angekündigt, ab sofort gegen die *Official Irish Republican Army (IRA)* vorzugehen. Wir können unseren westdeutschen Freunden und Genossen deshalb nicht eindringlich genug sagen, daß jeden Tag mit einem blutigen Massaker gegen die revolutionären Patrioten zu rechnen ist, deren Bewaffnung, materielle Ausrüstung und Massenverankerung noch viel zu schwach ist, um einem konzentrierten Angriff technisch überlegener Truppen auf Dauer standzuhalten.

Die Bitte um *sofortige Hilfe* bezieht sich auf ein ›survival program‹, die Unterstützung und Versorgung der Ghettos. Dazu benötigen wir finanzielle Unterstützung, da wir, im Gegensatz zur chauvinistischen (provisorischen) IRA, nicht mit der Hilfe reicher Nationalisten rechnen können. Verbreitet die Schriften der sozialistischen IRA! Besucht die irischen Kampfgebiete, berichtet objektiv über unsere Organisation, Schulung und Massenarbeit; bekämpft das Gespenst einer bombenlegenden Terrorgruppe! Gründet regionale Solidaritätskomitees!

Official Irish Republican Army, Westgerman Agency. 6373 Weißkirchen/Ts. Postfach 35 Postscheckkonto: 3 024 79 Frankfurt/Main (Hans Branscheidt)

Literatur und Kritik
in der
Sammlung Luchterhand
Taschenbücher

H.C. Artmann
das suchen nach dem gestrigen tag
Band 15 DM 4,80

Miguel Angel Asturias
Weekend in Guatemala
Band 26 DM 9,80

Jurek Becker
Jakob der Lügner
Band 1 DM 7,80

Hartmut Bitomsky
Die Röte des Rots von Technicolor
Band 69 DM 7,80

Michail Bulgakow
Hundeherz
Band 5 DM 4,80

Hilde Domin (Hrsg.)
Nachkrieg und Unfrieden
Band 7 DM 7,80

Marguerite Duras
Zerstören, sagt sie
Band 12 DM 4,80

Georg Fülberth
Proletarische Partei und bürgerliche Literatur
Band 60 DM 7,80

Helga Gallas
Marxistische Literaturtheorie
Band 19 DM 9,80

Helga Gallas (Hrsg.)
Strukturalismus als interpretatives Verfahren
Band 35 DM 9,80

Günter Grass
Gesammelte Gedichte
Band 34 DM 9,80

Helmut Heißenbüttel
Das Textbuch
Band 3 DM 7,80

Helmut Heißenbüttel
Zur Tradition der Moderne
Band 51 DM 9,80

Günter Herburger
Eine gleichmäßige Landschaft
Band 68 DM 9,80

Hans Heinz Holz
Vom Kunstwerk zur Ware
Band 65 DM 9,80

Eugène Ionesco
Der Schlamm/ Das große Massakerspiel
Band 17 DM 7,80

Ernst Jandl
Der künstliche Baum
Band 9 DM 4,80

Ernst Jandl
Laut und Luise
Band 38 DM 7,80

Franz Jung
Der Torpedokäfer
Band 56 DM 9,80

Kieseritzky
das eine wie das andere
Band 45 DM 7,80

Wolfgang Hermann Körner
Die Verschwörung von Berburg
Band 44 DM 7,80

Leo Löwenthal
Erzählkunst und Gesellschaft
Band 32 DM 9,80

Georg Lukács
Die Seele und die Formen
Band 21 DM 9,80

Georg Lukács
Solschenizyn
Band 28 DM 4,80

Georg Lukács
Die Theorie des Romans
Band 36 DM 7,80

Kurt Marti
Abratzky oder Die kleine Brockhütte
Band 24 DM 4,80

Franz Mon
Lesebuch
Band 57 DM 4,80

Pablo Neruda
Viele sind wir
Band 73 DM 9,80

Helga M. Novak
Aufenthalt in einem irren Haus
Band 46 DM 9,80

Gerhard Rühm
Ophelia und die Wörter
Band 74 DM 9,80

Jean-Paul Sartre
Der Intelektuelle und die Revolution
Band 30 DM 7,80

Anna Seghers
Überfahrt
Band 48 DM 7,80

Anna Seghers
Aufstellen eines Maschinengewehrs im Wohnzimmer der Frau Kamptschick
Band 14 DM 7,80

Michael Scharang
Zur Emanzipation der Kunst
Band 27 DM 4,80

Dorothee Sölle
Das Recht ein anderer zu werden
Band 43 DM 4,80

Alexander Solschenizyn
Nemow und das Flittchen
Band 20 DM 4,80

Alexander Solschenizyn
Im Interesse der Sache
Band 75 DM 9,80

Ernst S. Steffen
Rattenjagd
Band 33 DM 7,80

Jörg Steiner
Ein Messer für den ehrlichen Finder
Band 37 DM 7,80

Gisela Steinwachs
Mythologie des Surrealismus oder die Rückverwandlung von Geschichte in Natur
Band 40 DM 9,80

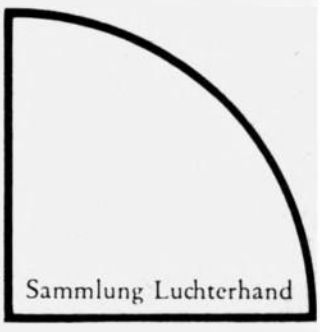
Marlene Stenten
Großer Gelbkopf
Band 47 DM 4,80

Heinrich Vormweg
Eine andere Lesart
Band 52 DM 7,80

Gabriele Wohmann
Gegenangriff
Band 55 DM 7,80

Christa Wolf
Nachdenken über Christa T.
Band 31 DM 7,80

Ausführliche Prospekte der »Sammlung Luchterhand« erhalten Sie in Ihrer Buchhandlung



Rotbücher

Peter Brückner/Alfred Krovoza

Staatsfeinde

Innerstaatliche Feinderklärung in der BRD. Die Autoren versuchen die Momentaufnahme einer BRD, in der die Unverhältnismäßigkeit der Mittel den Verhältnissen entspricht.
ROTBUCH 40. 112 S., DM 4,50 (3,50)

Gauche prolétarienne Volkskrieg in Frankreich?

Strategie und Taktik der GP
Dieses Buch zeigt den latenten Faschismus, der sich hinter der Fassade des Rechtsstaates versteckt und die Möglichkeit der Gegenwehr.
ROTBUCH 34. 160 S., DM 6,50 (5,50)

Der erzwungene Kapitalismus

Klassenkämpfe in den Westzonen 1945–48. Von Ute Schmidt/Tilman Fichter. Die Geschichte der erzwungenen „Entpolitisierung" der ersten 3 Nachkriegsjahre und der verhinderten Klassenkämpfe. Zahlreiche Dokumente.
ROTBUCH 27. 180 S., DM 6,50 (5,50)

Ulrike M. Meinhof:

Bambule

Fürsorge – Sorge für wen?
Nachwort Klaus Wagenbach. „Schließlich gibt es das Rotbuch 24, lesenswert, aufschlußreich – als Film immer noch nicht gesendet . . ." H. Böll.
ROTBUCH 24. 108 S., DM 4,50 (3,50)

Arbeiter und Apparate

Bericht des Kollektivs Hispano-Suiza, französische Arbeiter, über ihre Praxis 1945–70. Tonbandprotokolle und Berichte aus einem Betrieb.
ROTBUCH 30. 160 S., DM 6,50 (5,50)

BETRIEBSFIBEL

Vorschläge zur politischen Arbeit in der Produktion von Berni Kelb. Mit einem Anhang von Jörg Hufschmid über Bilanzanalyse. In der Form eines Briefs berichtet Kelb über Möglichkeiten eines Einzelkämpfers, Organisierung von Betriebsgruppen, Agitation in der Freizeit, Flugblätter, Verhältnis zu den Gewerkschaften.
ROTBUCH 31. 72 S., DM 3,50 (2,50)

Jährlich etwa 8 **neue** ROTBÜCHER. Jedes ROTBUCH im Abonnement 1 Mark billiger. Abonnieren Sie in Ihrer Buchhandlung oder direkt: Verlag Klaus Wagenbach, 1 Berlin 31, Jenaer Str. 9. Falls Sie unsere Bücher in einer Buchhandlung nicht erhalten, schreiben Sie uns, wir nennen Ihnen eine andere.

WAGENBACH

Reihen bei Piper

neu:

Serie Piper:

Christian Graf v.Krockow
Sport und Industriegesellschaft
SP Bd.25.103 S.DM 6.-

Karl W. Deutsch
Der Nationalismus und seine Alternativen
SP Bd.26.193 S.DM 10.-

Mitscherlich/Kalow (Hrsg.)
Über Eigentum und Gewalt
Zwei Gespräche.
SP Bd.28.120 S.DM 6.-

Hermann Rudolph
Die Gesellschaft der DDR - eine deutsche Möglichkeit?
SP Bd.30.138 S.DM 8.-

Hildegard Hamm-Brücher
Unfähig zur Reform?
Aufsätze zur Bildungspolitik.
SP Bd.32.160 S.DM 8.-

Piper Sozialwissenschaft

Kurt Sontheimer
Das politische System Großbritanniens
PSW Bd.10.220 S.DM16.80

Klaus von Beyme
Politische Theorien der Gegenwart
PSW Bd.12.337 S.DM 19.80

Franz Nuscheler/
Winfried Steffani(Hrsg.)
Pluralismus
PSW Bd.13.345 S.DM 19.80

Reihe Roter Schnitt

Antes/Ehrhardt/
Hannover (Hrsg.)
Lebenslänglich -
Protokolle aus der Haft
RRS Bd.17. 232 S. DM 10.-

Angelika Mechtel
Alte Schriftsteller in der Bundesrepublik
RRS Bd.19. 144 S. DM 8.-

Autobiographie eines Entkommenen

Anmerkung der Herausgeber

Die folgenden Seiten hat ein Mann niedergeschrieben, der die ganze »Karriere« eines Insassen der Heilanstalt von Collegno (Turin) durchlaufen hat. Nicht nur, daß es ihm gelungen ist, zu überleben: er hat sich sogar die Hellsichtigkeit bewahrt, die erforderlich ist, um eine solche Erfahrung zu vergegenwärtigen und zu erzählen. Die Tatsache genügt, um sein Zeugnis als eine außergewöhnliche Erscheinung zu betrachten. Denn die totale Institution kennt keine Nachsicht. Die Bewunderung, die dieser Lebenslauf erregt, rührt daher, daß sie es nicht fertiggebracht hat, diesen ›Kranken‹ zu zerstören.

Es handelt sich hier nicht darum, einen literarischen Fall aus ihm zu machen und die Lebendigkeit, die Authentizität und die Klarheit seiner Erzählung zu rühmen. Es geht hier vielmehr um die Frage, wie es möglich ist, daß ein Mensch von solcher Intelligenz und solcher Sensibilität einen großen Teil seines Lebens in einer psychiatrischen Anstalt zubringen mußte, und weshalb er seit seinem achten Geburtstag als gefährlicher Irrer gegolten hat.

Diese Frage ruft sogleich eine zweite hervor. Wer trägt für das, was mit diesem Jungen geschehen ist, die Verantwortung, wer trägt daran objektiv und subjektiv die Schuld? Der Leser wird bemerken, daß die Schuldigen identisch waren mit denen, deren offizieller Auftrag darin bestand, den Verfasser des Lebenslaufs zu beschützen, zu verteidigen und zu pflegen. So gut wie alle zentralen gesellschaftlichen Institutionen sind daran beteiligt. Von einer verfehlten Adoption über die voreilige Aussonderung in der Schule, das psychologische Gutachten und die Einweisung in die Heilanstalt bis zur psychiatrischen Tortur haben wir es mit einer ganzen Reihe von wissenschaftlichen Techniken zu tun, die allesamt ein Verbrechen decken. Der Fürsorger, der Richter, der Lehrer, der Psychologe, der Pfleger, der Arzt: sie alle haben daran ihren Teil. Ihr Klassenstandpunkt ist offensichtlich.

Der Entkommene hat gewünscht, daß wir seinen Text ungekürzt veröffentlichen, »weil das den andern nützen kann«.

Vielleicht ist es notwendig, daran zu erinnern, daß die Erfahrung, von der hier berichtet ist, keineswegs der Vergangenheit angehört. Sie ist heute so alltäglich wie zu der Zeit, in der dieser Bericht beginnt.

Commissione di tutela dei diritti dei ricoverati negli OO. PP. di Torino.

Zusammenfassung

Das was ich euch erzähle ist keine ausgedachte Geschichte. Sondern die Geschichte eines Armen Jungen der in einem Internat gelebt hat, wie ihr es euch gar nicht vorstellen könnt. Davon gibt es viel zu erzählen. Ich hoffe wenn ihr ein Herz habt werdet ihr daran denken. Denn jetzt wißt ihr was es heißt in einem solchen Internat zu leben wo es nur vier Mauern gibt und ihr nicht sehen könnt, daß die Welt offen und glücklich ist.

Die Kindheit

Geboren in Turin von armen Eltern. Sie haben mich in ein Waisenhaus in Superga gesteckt, wo solche wie ich aus der ganzen Provinz zusammengeholt werden. Dort haben sie sich um mich gekümmert und sie haben Pflegeeltern für mich gefunden und die Pflegeeltern haben mich adoptiert. Aber sie hatten sehr wenig Geld und ihre Wohnung war nicht sehr schön und sie wohnten in der . . .straße Nr. 5.
Wie ich acht Jahr alt wurde war ich sehr nervös. Da haben sie mich zu einem Arzt gebracht und ich habe dem Psychiater gesagt ob er nicht etwas dagegen machen könnte und sie haben mich gleich ins Krankenhaus eingeliefert damit sie mich besser untersuchen konnten. Aber was der Herr in dem Weißen Kittel gemeint hat habe ich nicht verstanden. Dann bin ich wieder nach Hause gekommen und habe wieder in der Schule angefangen. Aber scheinbar war ich geistig zu sehr zurückgeblieben. Denn wenn die Lehrerin etwas erklärte habe ich nichts verstanden und deshalb hat sie mir einen Brief an meine Pflegeeltern mitgegeben und darin hat sie geschrieben, sie möchte mit ihnen sprechen.
Am nächsten Tag hat mich meine Mutter in die Schule gebracht und hat mit der Lehrerin gesprochen und die Lehrerin sagte Er kann nicht in dieser Schule bleiben denn er ist geistig zu sehr zurückgeblieben und Es gibt eine besondere Schule für solche wie mich und diese Schule nennt sich L'uccento*. Aber in L'uccento haben sie mich nicht genommen denn sie sagten ich sei zu krank. Damals war ich gerade acht.
Dann bin ich in eine Anstalt gekommen die hieß Collegno.
Dort war ich mit lauter Kindern zusammen denen es genau so ging wie mir und die Aufsicht hatte die Frau Doktor . . . Sie war ganz gut und tat alles mögliche um uns zu helfen und behandelte uns so als ob wir ihre Kinder wären.
Dort haben sie mich behandelt und in die Schule geschickt die es in dieser Anstalt gab. Ich war sehr dünn und sehr nervös und ich konnte nicht verstehen was die Lehrerin sagte. Die Lehrerin war eine Nonne. Sie haben mich sehr lang in dieser Abteilung behalten und sie haben mich behandelt. Ob es mir dadurch nicht besser ginge sodaß ich wieder nach Hause zu meinen Pflegeeltern zurückkehren könnte.
Viele Monate lang bin ich in dieser Anstalt geblieben. Am Sonntag hatte ich immer meine Pflegemutter zu Besuch. Dort bin ich auch zur Ersten Kommunion gegangen.
Bis eines schönen Tages auf einmal ein Brief gekommen ist. Und darin

* Der Verfasser meint das Medizinisch-Pädagogische Institut von Lucento in der Provinz Turin.

stand daß sich meine Pflegemutter ein Kind angeschafft hat. Also hatte ich jetzt einen kleinen Bruder.
Nach ein paar Tagen haben sie mich dann nachhause gebracht. Ich war ganz glücklich weil ich jetzt einen kleinen Bruder hatte. Denn mit ihm konnte ich mich unterhalten und es war lustig jemand zu haben mit dem ich sprechen konnte. Aber ich hatte auch einen kleinen Haß auf meine Familie bekommen weil ich merkte wie sie mich behandelt haben. Für sie war ich nämlich nur ein Adoptivkind und die Zuneigung war verschwunden. Aber wenn ein Kind keine Zuneigung hat geht es ihm schlecht. Früher mochten sie mich gern, aber vielleicht jetzt nicht mehr weil sie ein eigenes Kind hatten. Ganz gleich was ich machte. Meine Pflegemutter sagte immer Er ist eben verrückt Das Irrenhaus ist das einzig Richtige für ihn. Als ich diese Worte hörte wurde ich sehr nervös und stellte allerhand Unsinn an und deshalb nahm sie den Stock und haute mich und sie hat mich sogar gebissen damit ich wieder brav sein sollte. Aber je mehr sie mich haute umso ärger habe ich mich aufgeführt. Jedesmal wenn sie mich gebissen hat war ich voller blauer Flecken. Wenn ich allein im Wohnzimmer war hörte ich immer wie sich meine Mutter und mein Vater wegen mir stritten und ich wußte schon daß mein Vater mir immer helfen wollte weil er mich mochte.
So bin ich wieder in die Anstalt gekommen. Weil meine Mutter auf die Idee gekommen ist dem Arzt zu sagen daß ich nicht Normal war und daß ich mich aufführte wie ein Verrückter. Und dasselbe hat sie auch der Frau Doktor erzählt.
Ich weiß noch daß ich gerade zwölf Jahr alt war wie sie mich das zweitemal in die Anstalt gebracht haben. Und ich verstand was mit mir los war. Daß ich keine Eltern hatte und daß sie mich erst aufgenommen und dann wieder fortgeschickt hatten weil ich geisteskrank war.
Nach einer langen Zeit wo sie mich in der Abteilung Nr. 18 beobachtet haben beschloß der Arzt mich in eine andere Abteilung zu überweisen wo die andern Jungen in meinem Alter waren. Ich erinnere mich wie ich diese Jungen zum ersten Mal sah fürchtete ich mich sehr weil ich Angst hatte sie würden mich verhauen. Deshalb war ich sehr Traurig und ich hatte es schwer mich in dieser Abteilung einzugewöhnen. Viele Monate vergingen und nach und nach habe ich mich eingewöhnt und nach und nach freundete ich mich mit einem Jungen an. Damit ich mit einem Menschen sprechen und ein wenig Zuneigung finden konnte.
Ich weiß von dieser Abteilung noch daß es an den großen Festtagen ein bißchen besseres Essen gab. Und das einzige was wir machen durften war Fußballspielen wenn es nicht regnete. Auch weiß ich noch was mir der Oberpfleger gesagt hat Wenn einer irgendwas anstellt oder Streit mit den andern anfängt dann setzt es schwere Strafen.

Die Strafen waren daß man den Film nicht sehen durfte. Denn dann und wann kam ein Pfarrer und führte uns einen Film vor. Nur daß der Film immer stumm war. Oder man wurde ganz früh ins Bett geschickt. Aber zuvor gab es eine Tracht Prügel Damit du es dir merkst und sie schnallten einen mit Riemen ans Bett fest und der Betreffende mußte eine ganze Zeit lang im Bett liegen bleiben.
Was kannst du machen wenn sie dich verhauen. Wenn du dich wehrst schlagen sie nur noch fester zu. Das alles haben sie gemacht wenn es niemand sehen konnte und vor allem wenn die Visite vorbei war und die Frau Doktor es nicht merkte. Es hat auch nichts genützt wenn einer es ihr erzählt hat denn kaum war sie draußen ging es von vorne an.
Das ist alles daher gekommen daß wir von aller Welt verlassen waren und niemand sah was mit uns passierte und niemand hat an uns gedacht. Also ist es wahr daß solche Kinder wie wir keinen Schutz haben und ganz verlassen sind.
Die Zeit verging und ich wurde größer und allmählich verstand ich was in dieser Abteilung los war. Eines Tages war ich auf dem Hof der von vier hohen Mauern umgeben ist weil sie Angst haben daß einer von uns entfliehen könnte obwohl keiner von uns gewußt hätte wohin. Alle die es versucht hatten waren wieder eingeliefert worden weil ihre Familie nichts von ihnen wissen wollte. Und wenn so einer wiederkam dann war die Hölle los und er wurde sehr streng bestraft. Wenn auch die Frau Doktor keinem etwas tat. Dafür sorgten schon andere kaum daß sie aus der Tür war.
Also eines Tages spielte ich auf dem Hof mit den andern und auf einmal rufen sie mich und ich gehe in den Speisesaal und dort sehe ich meinen Pflegevater auf einer Bank sitzen. Und wie die Tür zum Hof hinter mir zugefallen war hoffte ich auf einmal, daß ich herauskäme und nie wieder zurückmüßte.
Ich ging hin und setzte mich daneben und er sagte mir Ich habe drei Tage Urlaub für dich beantragt damit ich dich mit nachhause nehmen kann. Ich war sehr froh weil ich die Welt draußen sehen durfte die ganz anders ist als dort in den Mauern der Anstalt. Und weil ich so froh war mußte ich weinen. Ich habe mir immer gewünscht eines Tages ein Freier Junge zu sein wie alle andern. Aber es war nur ein kurzer Traum und als ich meine Tränen abgetrocknet hatte war alles wie vorher. So bin ich nachhause gekommen nach einer langen Zeit wo ich eingesperrt war. Und wenn es auch nur für drei Tage war. Ich wünschte mir daß die drei Tage nie vorübergingen.
Ich erinnere mich wie ich ins Zimmer trat, war es ganz still. Ich wußte nicht was los war weil mein Vater mir eine Überraschung bereiten wollte. Vom Balkon aus sah ich wie mein Vater mit einer fremden Frau sprach.

Ich spielte gerade mit meinem kleinen Bruder auf dem Balkon und fragte ihn wer diese Frau war. Und er wußte es nicht. Dann hörte ich es läuten und meine Pflegemutter lief um die Tür zu öffnen.
Dann hat sie mich gerufen und mir gesagt Das ist deine Mutter. Ich brachte einen Augenblick lang kein einziges Wort heraus. Und ich schaute sie voller Haß an und fing an zu weinen. Denn jetzt wußte ich daß ich ihr Sohn war. Sie kam zu mir her und sagte Der Krieg ist an allem schuld gewesen. Ich war so nervös daß ich mich nicht mehr beherrschen konnte und ich sagte ihr sie soll Fortgehen und ich wollte sie nie wieder sehen. Denn so wie sie mit mir umgegangen ist, so machen es nur die Krokodile mit ihren Kindern.
Dann war es eine Weile ganz still und mein Adoptivvater sagte zu der Frau Bitte kommen Sie mit mir. Und dabei beugte er sich zu mir und sagte ganz freundlich Ich werde schon dafür sorgen daß dir nichts passiert. Und er sah nicht so ernst aus wie sonst. Nach einer langen Unterhaltung kamen sie wieder zu mir und mein Vater sagte mir: Sie kann dich leider nicht mitnehmen und für dich sorgen. Wie ich das hörte brach ich in Tränen aus und mein Traum war für alle Zeiten ausgeträumt. Sie ist noch zwei Tage dageblieben und sie war sehr freundlich zu mir. Bis der Tag der Abreise kam und wir brachten sie zum Bahnhof meine Pflegemutter und ich und ich fragte sie wann sie mich wieder besuchen würde. Sie sagte leise Bald. Wir weinten alle beide und ich konnte kein Wort mehr herausbringen außer Ciao Mamma auf bald.
Zuhause wartete mein Pflegevater auf mich und er brachte mich wieder in die Anstalt. Unterwegs erzählte er mir warum Meine Mutter nichts von mir wissen wollte wie ich auf die Welt kam. Er sagte wenn sie allein wäre hätte sie mich aufnehmen können. Aber sie war verheiratet und hatte schon zwei Kinder. Aber sie war von ihrem Mann getrennt. Das alles hat mir mein Vater unterwegs erzählt.
Als ich in die Abteilung zurückkam war ich so niedergeschlagen daß ich eine Zeitlang nicht mehr mit den andern sprechen wollte und ich dachte die ganze Zeit daran daß einer wie ein Hund behandelt wird wenn er keine Mutter hat. Warum die Menschen gar kein Herz haben. Diese Wörter gingen mir immer im Kopf herum. Bis mich eines Tages die Frau Doktor zu sich rief und mir sagte, ich sollte nicht mehr daran denken und wenn sie es gewußt hätte, dann hätte sie mich nicht nachhause gehen lassen. So einen grausamen Schlag hätte ich nicht abbekommen sollen.
So lebte ich weiter wie zuvor und ich fing auch wieder an mit meinem Freund von früher zu spielen. Unsere Freundschaft wurde immer enger. Ich wollte auch noch etwas anderes von ihm. Denn ich hatte Sachen gesehen die mir in meinem ganzen Leben noch nicht vorgekommen waren. Ich erinnere mich wie ich eines Abends mitten in der Nacht merkte, daß

einer von den Jungen zu einem andern ins Bett gegangen ist und da haben sie etwas gemacht was andere Menschen nicht machen. Und ich sah daran daß auch unsereiner einen andern Menschen braucht, um seiner Not Luft zu machen.
Wir haben das alles mitten in der Nacht gemacht damit der Pfleger es nicht merkte. Denn sonst hätte es schwere Strafen gesetzt. Wenn einer etwas verriet von dem was er gesehen hatte, den traktierten wir alle miteinander mit Hieben und Fußtritten. Auf diese Weise habe ich verstanden wie es geht und ich fing an mitzumachen wie alle andern auch. Und ich dachte nicht daran ob es uns vielleicht schaden könnte. Ich weiß auch daß es ein paar Jungens gab die gingen mit den Erwachsenen für ein kleines Geschenk oder ein Trinkgeld.

Die Jugend

Als ich vierzehn war, da war mir schon alles recht was mein Freund tat. Ich war immer einverstanden weil ich dachte Vielleicht geht er eines Tages mit mir und tut das was ich mir wünsche. Aber er erriet was ich wollte und einmal sprach er mit mir allein und sagte mir er sei keiner von denen die mit den Jungens ins Bett gehen. Als ich diese Worte hörte sagte ich gar nichts. Sondern ich wartete auf eine gute Gelegenheit.
In unserer Abteilung war eine Nonne die uns unterrichten mußte. Eines Tages als die Schule aus war sagte sie zu mir Wenn du so weitermachst mit deinem Freund reißt mir der Geduldsfaden und ich sage es dem Oberpfleger. Aus lauter Angst habe ich mich auf sie gestürzt und sie geschlagen. Und hinterher wußte ich nicht mehr was passiert war.
Als ich wieder in der Abteilung war erinnere ich mich daß der Pfleger mich gerufen und angefangen hat mich mit dem Stock durchzuprügeln. Und er hat mich ins Bett gesteckt und mit den Riemen festgebunden. Ich konnte gar nichts machen. Nicht einmal der Frau Doktor alles sagen. Denn sonst wäre es mir noch schlimmer ergangen kaum daß sie der Abteilung den Rücken zukehrt. Also blieb nichts anders übrig als still sein. Während die Tage vergingen überkam mich eine Angst die ihr euch gar nicht vorstellen könnt. Bis die Frau Doktor beschloß mich zur Arbeit zu schicken. Und sie sagte Einmal sehen, ob es da nicht besser mit dir wird.
Ich fing als Gärtner an und es ging mir sehr schlecht weil ich den ganzen Tag lang arbeiten mußte ohne auszuruhen. Als wären wir Sklaven. Wenn einer dem Aufseher widersprach wurde er gleich in die Abteilung zurückgeschickt und was dann passierte wußte ein jeder.
Ich erinnere mich daß auch mein Freund im Garten arbeitete und wenn sie uns beisammen sahen dachten sie gleich etwas Schlimmes. Sie redeten die

ganze Zeit über uns und sagten uns, Ihr seid Pervers. Obwohl es nicht die Wahrheit war. Einmal habe ich meinen Freund allein im Garten getroffen. Das war am Abend und ich versuchte etwas zu machen. Aber es war nichts. Denn er sagte wenn ich ihn anfasse sagt er es der Frau Doktor. Auch beim Fußballspielen habe ich eines Nachmittags versucht etwas zu machen. Und diesmal ist es mir geglückt. Aber er sagte es am andern Morgen der Frau Doktor und ich wurde sofort in eine andere Abteilung gesteckt, auf die Abteilung Nr. 6.

Das war eine geschlossene Abteilung und ich bin lange Zeit dringeblieben. Dann haben sie mich herausgelassen und ich mußte Maschinen putzen. Diese Arbeit ging sehr lange Zeit bis ich rückfällig wurde und etwas mit einem andern Jungen anfing. Ihr könnt euch nicht vorstellen wie das für einen Jungen ist wenn er immer größer und älter wird und er kann nichts machen. Auch wenn es mit einem Jungen nicht dasselbe ist.

Am andern Morgen sagte er es dem Arzt. Daß ich schon wieder damit angefangen hatte. Und sie steckten mich in eine Isolierzelle und ich wußte nicht, was sie mit mir machen wollten. Am nächsten Tag führten sie mich wieder in die Abteilung und dort sah ich eine Maschine auf einem kleinen Wagen. Sie sagten mir Leg dich aufs Bett. Dann kamen zwei Pfleger und steckten mir ein Stück Gummi in den Mund und Kopfhörer über die Ohren und der Arzt kam und schaltete den elektrischen Strom ein. Ihr könnt euch nicht vorstellen wie weh das tut. Als alles vorbei war wollte ich gehen. Da rief mich der Arzt zurück und sagte Zieh dich aus. Und ich sah wie sie die beiden Kabel an meine Geschlechtsteile legten und den Strom einschalteten. Es war wie das Ende der Welt für mich und nie werde ich vergessen wie weh das getan hat. Diese entsetzlichen Folterungen gingen noch mehrere Vormittage lang weiter. Ich erinnere mich noch ganz genau welche Angst ich hatte wenn es neun Uhr schlug. Vor Angst mußte ich jedesmal hinausgehen und mich übergeben. Im Grund ist es nicht zu begreifen warum sie einen so quälen. Es ist wie in der Sklaverei. Jedesmal wenn der Arzt kam fiel ich vor ihm auf die Knie und bat ihn mich zu verschonen. Aber es machte ihm nichts aus. Wenn ich auf dem Bett lag und er griff nach dem Schalter sagte ich ihm Haben Sie Erbarmen. Aber er sagte Wir sind hier nicht im Kindergarten, Wir machen das damit es dir eine Lehre ist und damit du dirs merkst. Als es vorbei war konnte ich vor lauter Schmerzen nicht mehr gehen und ich dachte sie würden nie damit aufhören. Sogar in der Nacht träumte ich davon was mir dieser Wahnsinnige noch alles antun würde. Denn er machte es nicht nur mit den Jungen sondern auch mit den Alten.

Im Grunde begreife ich nicht warum sie einen so quälen. Auch wenn ein Mensch krank ist verdient er ein wenig Achtung. Ihr wißt nicht wie weh es tut. Und daß es einen Menschen fürs ganze Leben ruinieren kann. Wenn

ich nur davon reden höre werde ich weiß im Gesicht und es geht mir schlecht. Ich kann es heute noch nicht vergessen. Das ist ein Haß der mir geblieben ist.

Später habe ich angefangen als Bäcker zu arbeiten und das hat mir gefallen weil ich in der Bäckerei zwei sehr gute Menschen traf. Nach allem was sie mit mir gemacht haben fand ich mich mit dem Leben in der Anstalt ab. Aus der Abteilung Nr. 6 wurde ich in die Nr. 2 überwiesen. Dort arbeitete ich bis ich 17 Jahre alt war. Dann kam mein Vater und nahm zwei Tage Urlaub für mich und wir fuhren nachhause. Als wir angekommen waren sagte ich zu meinem Vater, ich habe es satt was die mit mir gemacht haben. Und ich habe beschlossen mir draußen eine Arbeit zu suchen und frei zu sein wie alle andern. Und so habe ich es auch gemacht. Und fand eine Arbeit in einer Fabrik wo sie Radkappen für Autos herstellten und mein Vater fuhr in die Anstalt und ließ sich den Entlassungsschein für mich geben.
In der Fabrik gefiel es mir gut. Nur zu Hause war es schlecht weil meine Pflegemutter mich wie einen Hund hielt und mich gar nicht anschaute. Wenn ich von der Arbeit kam war kein Essen für mich da. Sie sagte auch Aus dir wird nie was Ordentliches. Und am Morgen wenn ich zur Arbeit fuhr war nie die Tasche mit meinem Essen fertig. Weil ich aber Angst hatte daß sie über mich herfällt sagte ich nichts und ging zur Arbeit ohne etwas zu essen. So ging es eine ganze Weile bis ich eines Tages unter vier Augen mit meinem Vater sprach und ich sagte ihm Es hängt mir schon zum Hals heraus so schlecht behandelt zu werden wie ein Hund. Wenn sie nichts von mir wissen wollten hätten sie mich ja bloß wieder in die Anstalt zu schicken brauchen. Aber mein Pflegevater beschloß mich in ein Heim zu bringen. Dort wohnten lauter Jungens wie ich die auch im Krankenhaus gewesen waren. Bevor sie mich dort aufnahmen wollten sie wissen warum ich ins Heim kommen sollte. Und da sagte meine Pflegemutter ihnen Er schlägt immer seinen kleinen Bruder und er stiehlt alles was er finden kann. Ich weiß nicht warum sie einen solchen Haß auf mich hat. Erst hat sie mich großgezogen und dann hat sie mich ruiniert. Diese Worte dachte ich bei mir. Ich wäre gern glücklich gewesen und hätte ein Zuhause gehabt aber es hatte gar keinen Zweck etwas davon zu sagen. Nicht wenn sie dir die ganze Zeit an den Kopf werfen: Du bist ja verrückt. Was willst du denn?
Ihr könnt euch nicht vorstellen wie niedergeschlagen ich war. Denn ich konnte mich nicht verteidigen obwohl ich unschuldig war und mußte den Mund halten.
So bin ich in dieses Heim gekommen. Die Leitung hatte ein Fürsorger. Sehr streng und manchmal auch grausam gegen uns. Wir durften nicht ein-

mal das Haus verlassen. Abends wenn einer zu spät von der Arbeit kam fand er nichts mehr zu essen auf dem Tisch und wenn er sich beschwerte umso schlimmer. Am Sonntag gab es ein paar Stunden Ausgang aber wer zu spät kam durfte am nächsten Sonntag nicht heraus.
Eine Frau die im Heim gearbeitet hat kam eines Tages daher und sagte, ihr wären Wertgegenstände weggekommen. Da hat man uns alle beschuldigt und der Heimarzt hat die Sache untersucht. Das war ein Professor. Dabei sagte der Fürsorger zu dem Arzt Der da kann sich nicht beherrschen und außerdem ist er frech. Damit hat er mich gemeint. Und mit diesem Trick schickten sie mich wieder nach Collegno in die Anstalt zurück. Und sie behaupteten ich sei ein Dieb. Ich wurde wieder untersucht und in die Abteilung Nr. 2 gesteckt wo ich schon früher war. Ich fing wieder an als Bäcker zu arbeiten und diesmal vergingen viele Jahre.
In der Anstalt lernte ich einen Jungen kennen der war blond und kleiner als ich und sehr lieb. Ich besuchte ihn öfters und jedesmal brachte ich ihm etwas mit. Ich dachte vielleicht könnte ich eines Tages etwas mit ihm machen. Denn auch ich bin jung und brauche jemanden mit dem ich meiner Not Luft machen kann. Unsere Freundschaft wurde immer enger und weil ich meinen Freund von früher verloren hatte dachte ich vielleicht wird diesmal etwas daraus. Einmal spielten wir am Nachmittag Fußball und ich packte ihn am Kragen und legte ihn auf den Boden. Da sagte er Wenn du mich nicht gehen läßt melde ich es dem Pfleger. Und ich antwortete Wenn du versprichst daß du mich nicht meldest laß ich dich los. Aber nachts bekam ich es mit der Angst und ich hätte es nicht tun sollen weil ich wußte wenn es herauskam. Dann würden sie wieder anfangen mit der Quälerei an meinen Geschlechtsteilen. Warum hatte ich mich wieder hinreißen lassen. Was wollte ich denn von ihm. Er war doch auch nur ein Junge wie ich. Warum ist alles so gekommen und was hat mich auf diesen Weg gebracht? Diese Worte dachte ich. Und ich konnte es nicht mehr aushalten und beschloß davonzulaufen. Wenn ich auch nicht wußte wohin. Für die von uns die zur Arbeit gingen mußte immer einer das Essen holen und ich meldete mich und ging den Weg entlang bis zur äußeren Mauer und kletterte über und lief so schnell ich konnte. Weil ich Angst hatte daß sie mich verfolgen würden und ich drehte mich immer wieder um und schaute nach ob mir jemand hinterherlief. Aber ich sah niemand und deshalb lief ich weiter obwohl ich ganz genau wußte daß sie mich gleich wieder abholen würden sobald ich zuhause bei meinen Pflegeeltern angekommen war.
Aber umkehren konnte ich nicht weil ich wußte daß sie mich bestrafen würden. Als ich nachhause kam war meine Pflegemutter ganz verblüfft und sie fragte mich Wie kommst du denn hierher? Ich sagte ihr warum ich davongelaufen war aber sie sagte mir Kehr lieber gleich wieder um denn

sonst geht es dir schlecht. Ich wollte nicht weil ich wußte was sie mit mir machen würden. Denn ich hatte nichts vergessen. Und ich erklärte ihr daß sie einem Elektro-Massagen am Bauch machen und wie entsetzlich das ist. Daß es einen fürs ganze Leben zugrunde richten kann. Ich sagte ihr auch daß sie es mit mir schon gemacht hatten. Da versprach sie mir daß sie mit dem Direktor sprechen würde damit sie mir nichts tun sollten.
Sie dachte daß man mit ein paar Wörtern alles leicht in Ordnung bringen kann aber ich wußte wie es dort drinnen wirklich ist. Wer einen Fehler macht muß zahlen. Das ist das Gesetz in der Anstalt.
Ich machte die ganze Nacht lang kein Auge zu weil ich immer daran denken mußte was sie mit mir machen würden wenn ich in die Anstalt zurückkehrte. Als der Morgen kam ging ich mit meiner Mutter nach Collegno. Als wir da waren war ich ganz weiß vor Furcht und weinte wie ein kleines Kind. Obwohl ich schon fast erwachsen war. Wir gingen in das Büro des Direktors und er fragte mich warum ich ausgerissen war. Ich erklärte es ihm und er sagte ich sollte mir keine Sorgen machen. Dann kamen zwei Pfleger und brachten mich zur Beobachtung auf die Station.
Am selben Nachmittag brachten sie mich in eine andere Abteilung. Dort war es sehr schlecht. Meine Mutter kam gleich am nächsten Tag und sie sagte mir Du brauchst nur ein paar Tage hierzubleiben dann hole ich dich ab. Aber sie ist nicht gekommen.

Sie fingen wieder an mich schlecht zu behandeln. In dieser Abteilung wurde man schon um vier Uhr nachmittags ins Bett geschickt und mußte bis acht Uhr morgens drinbleiben. Es war ein sehr schweres und trauriges Leben und ich konnte mich mit niemand unterhalten denn in dieser Abteilung gab es nur arme Kranke und Verrückte.
Was soll ich von dieser Abteilung erzählen. Sehr traurig und streng und ganz geschlossen, nicht einmal aus dem Fenster konnte ich schauen. Nur einmal am Tag gab es etwas zu sehen. Sie führten mich in den Hof an die frische Luft aber es war niemand da mit dem man ein Wort hätte reden können. Die Zeit verging und ich wurde wieder hineingeführt. Die Welt war ganz zu und es gab überhaupt nichts mehr. Drinnen gaben sie uns eine Suppe zu essen und einen Eintopf. Wenn es auch sehr schlecht war. Dann ins Bett in die Zelle mit zwei Riemen festgeschnallt einen am Fuß und einen am Arm. Die Tür wurde zugemacht und bis zum nächsten Morgen ging sie nicht wieder auf.
Ich schaute die vier Wände an und ich weinte weil niemand da war der mir hätte helfen und raten können und ich sagte mir Warum müssen sie mich wie einen Hund behandeln? Was habe ich denn getan? Warum will niemand was von mir wissen? Was sollte ich anfangen in dieser Welt wo es nur ein Gesetz gab und das hatten sie gemacht und ich war eben so

wehrlos wie die andern. Aushalten und stillschweigen war das Einzige. Weil wir arm waren und zu nichts auf der Welt taugten. Denn das glaubten sie, daß wir zu nichts taugten. Deshalb machten sie sich über uns lustig und ließen uns arbeiten als wären wir Bettler. Und wenn einer ein Wort riskierte, das war schon genug. Er brauchte gar nicht die Hand aufzuheben. Schon fühlten sie sich beleidigt und nahmen ihn her und schlugen ihn bis er blaue Flecken hatte. Warum gehen sie so mit den kranken Leuten um, die ihnen nichts getan haben? Das waren meine Worte. Und ich weinte, weil mir ganz trübsinnig zumute war.

In dieser Abteilung bin ich viele Monate lang geblieben. Und es ging mir sehr schlecht. Und von meinen Pflegeeltern sah und hörte ich nichts. Bis eines Tages der Aufseher kam und mir sagte Der Arzt hat dich in eine andere Abteilung versetzt wo es besser ist.
Sie brachten mich in die Abteilung für die Strafgefangenen. Dort waren lauter Leute die auf ihren Prozeß warteten. Ihr könnt euch vorstellen was das für eine Abwechslung war!
Dort blieb ich eingeschlossen und allein und langsam gewöhnte ich mich an den Umgang mit den Strafgefangenen. Alles nur weil ich ausgerissen war. Damit du dirs merkst. Sagten sie.
In dieser Abteilung war es ein wenig heller und vom Fenster aus konnte man die Leute sehen wie sie jeden Tag zur Arbeit gingen. Nebenan war eine Wäscherei und dort gingen die Leute hin. Ich überlegte mir ob ich je wieder aus diesem Gefängnis herauskommen würde.
In der Abteilung gab es auch einen Pfleger. Der ging mit den Kranken und sie mußten auf alle seine Launen eingehen. Einmal fragte er auch mich ob ich wollte. Ich sagte gleich Nein aber dann habe ich eingesehen daß mir nichts anderes übrigblieb wenn ich es einigermaßen gut haben wollte. Mit uns haben sie alles gemacht. Denn sie wußten daß wir sie nicht verraten konnten und daß wir auf sie angewiesen waren. Auf diese Art und Weise war ich bald bei allen Pflegern gern gesehen und ich fing an ein Kapo zu werden. Und ich half ihnen und machte die Säle sauber. Ich mußte alles umsonst tun und bekam nichts dafür aber ich mußte nicht mehr schon am hellen Tag ins Bett wie früher.
Eines schönen Tages sagte mir der Arzt Du kommst in eine andere Abteilung und Wir wollen es noch einmal mit dir probieren und Du kannst wieder zur Arbeit gehen. Ich wußte schon was los war. Daß der blonde Junge nicht mehr da war und nur deshalb ließen sie mich wieder heraus.
In der Abteilung Nr. 6 wo ich schon früher einmal war, gab es einen Pfleger der sehr grausam war. Vor allem hatte er die Manie daß er einem sofort eine elektrische Massage machte wenn man was falsches tat. Denn er hat mir selbst gesagt daß es ihm Spaß macht dabei zuzuschauen und

daß es ihm nichts ausmacht. Im Gegenteil. Diese Worte habe ich mir genau gemerkt. Deshalb hatte ich die ganze Zeit Angst. Denn sie hatten kein Erbarmen mit einem wenn man etwas anstellte was ihnen nicht paßte.
Ich wurde zur Arbeit in die Wäscherei nebenan geschickt wo die Wäsche der Kranken gewaschen wurde. Es war eine sehr schmutzige Arbeit und ich mußte mich dort oft übergeben. Aber wenn einer nicht dort arbeiten wollte wurde es der Abteilung gemeldet und jeder wußte was dann passierte. Der wurde an die Maschine angeschlossen und lieber den ganzen Tag schwitzen als diesem Wahnsinnigen von einem Arzt in die Hände fallen.
Wir schufteten ohne Pause denn kaum setzte sich einer einen Augenblick hin da kamen sie sofort und drohten ihm. Morgen kommst du auf die Station! Auf diese Art sorgten sie schon dafür daß keiner von uns müde wurde.
Die andern hatten gehört warum ich in die geschlossene Abteilung gekommen war und da sagten sie mir Der Junge den du suchst Der ist schon lange fort. Und es war nichts zu machen. Wie ich diese Worte hörte wurde ich so nervös daß ich weinte. Weil ich niemand hatte bei dem ich meiner Not Luft machen konnte. Aber ich mußte es hinunterschlucken und still sein. Aber bei mir dachte ich Eines Tages werde ich euch zur Rede stellen wegen alldem was ihr mir angetan habt. Diese Gedanken kamen aus einem Zorn den ich nicht loswerden konnte. Und wenn ich daran dachte fühlte ich mich ein wenig besser.
Viele Jahre lang arbeitete ich in dieser Wäscherei. Bis es mir etwas besser ging und ich sah welcher Weg nach draußen führt. Der Aufseher in der Wäscherei war sehr gut auch wenn er uns manchmal auslachte. Ich lernte dort auch einen Jungen kennen und den mochte ich gern denn er hatte manchmal Anfälle und ich weiß was das bedeutet. Er war auch zu mir immer sehr freundlich. Einmal waren wir bei der Arbeit und ich sah auf einmal daß er sich auszog und auf den Boden warf. Ich lief zu ihm hin so schnell ich konnte und sagte ihm er soll sich schnell wieder anziehen bevor die Pfleger kommen denn sonst ginge es ihm schlecht. Aber ich kam zu spät um ihm zu helfen denn schon waren zwei Pfleger da. Und sie fingen ihn ein und gaben ihm Fußtritte und Schläge. Ich fing an zu weinen wie ich das sah und lief hin und sagte ihnen sie sollten ihn laufen lassen. Denn er war krank und wußte nicht was er tat und konnte nichts dafür. Sie aber sagten mir Kümmere dich lieber um dich selber und Was wir machen, das geht dich gar nichts an. Und wenn du keine Ruhe gibst dann kriegst du auch was ab. Genauso wie der da.
Sie schleppten ihn auf die geschlossene Abteilung und sperrten ihn ein. Und am andern Tag kam der Arzt um ihn zu behandeln. Einmal ging ich

heimlich zu ihm hin um ihm zwei Zigaretten zu bringen. Und er zeigte mir etwas Furchtbares. Als er die Maschine sah hatte er eine solche Angst bekommen daß er sich in den Arm biß. Und er hatte sich ein ganzes Stück Fleisch herausgerissen. Er sagte Es ist genau so wie du mir erzählt hast und tut sehr weh. Er hatte auch große Angst weil es nicht das letzte Mal war und weil sie weitermachen wollten. Ihr könnt euch gar nicht vorstellen wie sich dieser arme Kranke fürchtete und seine Augen waren voller Haß. Bin ich vielleicht schuld daran daß ich krank bin? Sagte er. Und warum haben sie ihn gequält statt ihn zu heilen?
Seine Mutter wollte ihn besuchen aber sie haben sie nicht hereingelassen weil sie Angst hatten daß sie es herumerzählen würde. Was sie in der Anstalt aus ihrem Sohn gemacht hatten. Er wurde mit vier Riemen angeschnallt und sie fütterten ihn wie einen Hund und stopften ihm das Essen in den Mund. Und die Suppe schütteten sie ihm zwischen die Zähne. Es war sowieso fast nur Wasser in dieser Suppe. Das habe ich mit eigenen Augen gesehen. Aber ich durfte seiner Mutter nichts sagen denn sonst wäre es mir schlecht ergangen. Unser einziger Ausweg war still zu sein und alles über uns ergehen zu lassen.
Nach langer Zeit ließ sich auch mein Pflegevater wieder sehen. Der nicht mehr gekommen war seitdem ich ausgerissen bin. Ich fragte ihn Warum und er sagte Der Direktor hat mir keine Besuchserlaubnis mehr gegeben. Ich fing an ihm zu erzählen daß ich es satt hatte in diesem Irrenhaus. Weil ich allzu viele schlimme Sachen dort mitangesehen habe. Er versprach mir immer daß er mich eines Tages aus der Anstalt herausholen würde aber er hat es nie getan.

Das Erwachsenenalter

Eines Tages rief mich ein Aufseher von der Arbeit weg und sagte mir Pack deine Sachen zusammen. Ich fragte ihn Warum und er sagte Der Chef der Abteilung will mit dir sprechen. Ich ging auf die Station und ich hatte schon wieder Angst davor. Aber diesmal war es etwas Anderes. Und er sagte mir ich sollte von nun an in der Anstaltskantine arbeiten. Aber er sagte auch Sieh zu daß du dich ordentlich aufführst und keine Dummheiten machst. Von da an hatte ich manchmal frei. Auch am Sonntag. Ich war froh denn die Wäscherei war ein sehr trauriger Ort gewesen und ich dachte nicht gern daran zurück.
Sie haben mich dann an die Abteilung Nr. 4 überwiesen. Denn dort hatte ich nicht so weit bis zu meiner Arbeit. Ich kam herein und sah dort sogleich zwei alte Pfleger mit denen ich schon früher Ärger gehabt hatte. In einer andern Abteilung. Am andern Vormittag kam der Arzt, den kannte ich

auch schon von anderswo her und er sagte mir Es wird Zeit daß du dich besser anstellst denn jetzt bist du erwachsen. Und dann redete er mit dem Aufseher. Und er sagte ihm Sie können ihn frei herumlaufen lassen. Aber wenn er etwas anstellt dann schicken Sie ihn zu mir in die Nr. 8 und dann wird er behandelt. Ich wußte schon was der Arzt damit meinte. Denn ich hatte es am eigenen Leib erfahren.
Mein Leben ließ sich etwas Glücklicher als früher an und ich versuchte mir die Erinnerungen aus dem Kopf zu schlagen. Aber das war sehr schwer. Denn in meinem Herzen war zuviel Haß.
So verging die Zeit. Und die Jahre vergingen. Aber ich hatte mich mit einem Mann angefreundet, den hatte ich im Garten getroffen als ich dort arbeitete. Der war sehr anständig und hatte mich gern. Nicht einmal mein Vater hatte mich so gern wie der. Ich wußte schon warum er mich so gern hatte und alles für mich tun wollte. Nur damit ich bei ihm blieb und mit ihm machte was er wollte und was ihm seine Laune eingab. Er wollte mir alles geben was ich haben wollte und ich bekam auch Geld von ihm. Und ich bin darauf eingegangen und so entstand zwischen uns eine Freundschaft. Und wir waren ganz unzertrennlich. Auch wenn die andern sich über uns lustig machten und über uns lachten. Er sagte mir Was wir miteinander tun ist auch nichts anders als wenn einer mit seiner Frau ins Bett geht. Er sagte Ich bin auch kein Hund und jeder braucht etwas um seiner Not Luft zu machen.
So ging es lange Zeit bis eines Tages mein Pflegevater kam und er sagte Ich will dich für ein paar Tage mit nach Haus nehmen. Aber der Arzt erzählte ihm daß ich einen Mann kennengelernt hatte und daß ich mit diesem Mann ging. Doch mein Vater hat alles verstanden. Daß ich das alles machte weil ich mir keine Luft verschaffen konnte bei einer Frau und daß alles daher kam daß ich immer in der Anstalt eingeschlossen war.
So bin ich zum ersten Mal seit meiner Flucht nachhaus zurückgekehrt. Als ich aber zuhaus war beschloß ich nie wieder in die Anstalt zurückzukehren. Und ich suchte mir eine Arbeit draußen und sagte zu meinem Vater Bitte geh in die Anstalt und laß dir einen Schein geben darauf steht daß ich entlassen bin und draußen bleiben darf.
Und als er wiederkam sagte er mir daß ich endlich frei war. Für immer. Als ich diese Worte hörte lief ich ihm entgegen und fiel ihm in die Arme. Er sagte mir aber Du mußt aufpassen damit du nichts anstellst denn sonst holen sie dich wieder.

Schluß

Alles was ich euch hier erzählt habe ist nichts weiter als die Geschichte eines Jungen der lange Zeit in einer Anstalt eingesperrt war. Und dort hat er alle möglichen Grausamkeiten mitangesehen.
Ihr werdet es vielleicht nicht glauben. Aber es ist das wahre Leben einer Waise. Die Pflegeeltern haben ihn dorthin gebracht. Weil sie nicht genug Zuneigung für ihn übrig hatten.
Ich hoffe daß ihr es jetzt begreifen könnt. Was es heißt eingesperrt zu sein. Und die glücklichen Leute denken nicht daran einem zu helfen und sie drehen sich nicht nach den Vielen Verlorenen um und sehen nicht was mit denen passiert. Und sie wissen nicht wie denen ihr Leben vergeht und wann sie sterben.
März 1970

Aus dem Italienischen von Hans Magnus Enzensberger

Der neue Wondratschek:
OMNIBUS
mit "Oktober der Schweine"
Wondratschek
OMNIBUS
für 16.80 Mark bei Hanser

Schriften zum Thema des Heftes

SUHRKAMP

Ausführliche Prospekte erhalten Sie auf Anforderung vom

Suhrkamp Verlag
6 Frankfurt/M. 1
Postfach 2446

Franco Basaglia (Hrsg.)
Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen
384 Seiten.
Kart. DM 20,–

Franco Basaglia/ Franca Basaglia Ongaro
Die abweichende Mehrheit.
Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle
es 537. DM 4,–

Schizophrenie und Familie
Theorie.
424 Seiten. DM 15,–

Erving Goffman
Interaktionsrituale.
Über Verhalten in direkter Kommunikation
Theorie.
292 Seiten. DM 18,–

Erving Goffman
Stigma.
Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität
Theorie.
180 Seiten. DM 10,–

Ronald D. Laing/ H. Phillipson/ A. R. Lee
Interpersonelle Wahrnehmung
es 499. DM 6,–

Michel Foucault
Psychologie und Geisteskrankheit
es 272. DM 4,–

Michel Foucault
Wahnsinn und Gesellschaft
Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft
Wissenschaftliche Sonderausgabe
526 Seiten. DM 24,–

F. C. Redlich/ D. X. Freedman
Theorie und Praxis der Psychiatrie
1202 Seiten.
DM 78,–

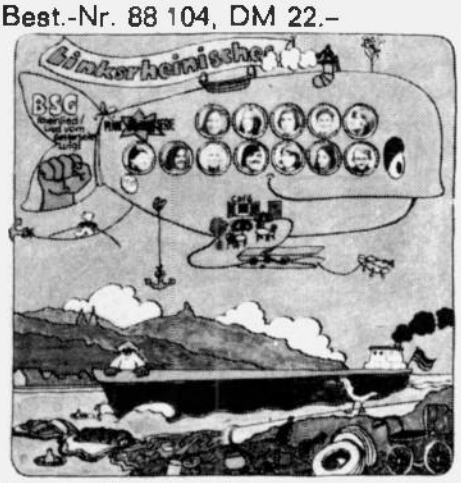
Anita Albus/Frank Böckelmann/ Bazon Brock/Peter Gorsen/ Hazel E. Hazel/Rita Mühlbauer
Maskulin – Feminin
Ca. 272 Seiten. DM 15,–.

Die Autoren setzen dort an, wo die Diskussion über die ›dressierte‹ Frau und den ›dressierten‹ Mann abgebrochen wird.

Reihe Passagen bei Rogner & Bernhard

Rote Fahnen sieht man besser!
Dieter Süverkrup
singt »Phrix Lied« + »Kleinstadtlehrlinge«, 17-cm-Single, stereo
Best.-Nr. Peng 12, DM 5.–

Wenn's nach dir ging
neue LP von der Münchener Songgruppe, 30-cm-LP, stereo
Best.-Nr. 88 104, DM 22.–



Linksrheinisches
Bonner Songgruppe »Solidarität«
17-cm-Single, stereo
Best.-Nr. Peng 14, DM 5.–

Gesamtverzeichnis anfordern beim Verlag „pläne" GmbH
46 Dortmund, Ruhrallee 62,

pläne

OBERBAUMVERLAG

1 Berlin 21 , Bundesratufer 1

MATERIALISTISCHE WISSENSCHAFT

Bd. 1 Zum Verhältnis von Ökonomie, Politik und Literatur im Klassenkampf

Grundlagen einer historisch-materialistischen Literaturwissenschaft (Autoren-Kollektiv sozialistischer Literaturwissenschaftler Westberlin)
Basis und Überbau in den Klassenkämpfen seit Herausbildung der bürgerlichen Gesellschaft — Bürgerliche Literatur seit der Französischen Revolution: Forster, Goethe, Heine, Börne, Büchner, Weerth, Keller, Fontane, Raabe, H. u. Th. Mann — Parteiliche Literatur und Arbeiterbewegung — Sozialistischer Realismus — Arbeiterkorrespondentenbewegung und der Bund Proletarisch-revolutionärer Schriftsteller — Widerspiegelungstheorie und demokratischer Zentralismus — Kulturpolitik in der DDR — Bitterfelder Weg — Literatur und Literaturwissenschaft des CDU-Staates. 270 S., DM 11,50

Bd. 2 Von der kritischen zur historisch-materialistischen Literaturwissenschaft. 4 Aufsätze

(Werner Girnus, Helmuth Lethen, Friedrich Rothe)
(1) Manipulationstheorien der Literaturwissenschaften — Springers Psychoanalyse der Bildzeitung und die Studentenbewegung — Die Soziolinguistik und die Massen (2) Die Lösung der marxistischen Ästhetik von der Arbeiterbewegung als herrschende Strömung der literarischen Avantgarde in der BRD (3) Historischer Materialismus — Mehrings Lessinglegende und die bürgerliche Melancholieforschung (4) Zur Funktion der Literatur im Deutschunterricht — Erfahrungsbericht eines sozialistischen Lehrers.
160 S., DM 7,50

Erving Goffman
Insassen

Die Personen, die als psychiatrische Patienten in eine Klinik kommen, unterscheiden sich beträchtlich voneinander hinsichtlich der Art und des Ausmaßes der Krankheit, die der Psychiater bei ihnen feststellt, sowie hinsichtlich der Attribute, mit denen der Laie sie belegt. Aber einmal auf dem Weg durch die Instanzen der Klinikpsychiatrie, sind sie im wesentlichen mit ähnlichen Gegebenheiten konfrontiert und reagieren im wesentlichen ähnlich darauf. Da diese Ähnlichkeiten nicht durch eine seelische Erkrankung bedingt sind, treten sie offenbar trotz dieser auf. Es muß also der Macht gesellschaftlicher Kräfte zugeschrieben werden, wenn der uniforme Status des Geisteskranken einer ganzen Personengruppe nicht nur ein gemeinsames Schicksal und mithin schließlich einen gemeinsamen Charakter zuweist, sondern jener soziale Umformungsprozeß auch auf die vielleicht krasseste Vielfalt von Charakteren, die die menschliche Gesellschaft hervorbringt, angewendet werden kann.

Der Weg in die Klinik: die Produktion eines Falles

Nur ein relativ kleiner Teil der vorklinischen Patienten gelangt freiwillig in die Heilanstalt – aufgrund ihrer eigenen Vorstellungen von dem, was gut für sie ist, oder aufgrund wohlmeinender Absprachen mit relevanten Familienmitgliedern. Doch sobald der willige Patient die Klinik betritt, durchläuft er wahrscheinlich dieselbe Routine von Erfahrungen wie derjenige, der unfreiwillig in die Anstalt gelangt ist. Auf jeden Fall will ich mich vor allem mit den letzteren befassen, denn diese sind gegenwärtig in Amerika weitaus zahlreicher. Ihre Einstellung zur Klinik nimmt eine der drei klassischen Formen an: sie kommen, weil sie von ihrer Familie überredet oder mit der Verstoßung aus der Familie bedroht wurden, falls sie nicht »freiwillig« gingen; sie kommen unter Zwang und polizeilichem Geleit; sie kommen unter falschen Vorstellungen, die von anderen vorsätzlich geweckt wurden; dies trifft hauptsächlich für jugendliche Patienten zu.

Die Karriere des vorklinischen Patienten kann als ein Modell des Ausschlusses aufgefaßt werden; anfangs hat er Beziehungen und Rechte, und schließlich, zu Beginn seines Klinik-Aufenthaltes, verfügt er kaum noch

über das eine oder das andere. Die moralischen Aspekte dieser Karriere beginnen also typischerweise mit der Erfahrung des Verlassenseins, des Treuebruchs und der Verbitterung. Dies gilt auch dann, wenn es für andere offensichtlich war, daß er der Behandlung bedurfte, und auch, wenn er, einmal in der Klinik, dieser Auffassung bald beipflichtet.

Die Fallgeschichten der meisten Geisteskranken dokumentieren Verstöße gegen gewisse Gegebenheiten des unmittelbaren Zusammenlebens – den Haushalt, den Arbeitsplatz, eine halböffentliche Organisation wie z. B. eine Kirche oder eine Firma, einen öffentlichen Ort wie z. B. eine Straße oder einen Park. Oft gibt es auch Vermerke über einen Beschwerdeführer, eine Person, die diese Handlung gegen den Übertreter einleitet, welche schließlich zu seiner Hospitalisierung führt. Dies braucht nicht die Person zu sein, die den ersten Schritt unternimmt, aber es ist die Person, die den ersten effektiven Schritt macht. Hier liegt der soziale Anfang der Karriere des Patienten, gleichgültig wo man den psychologischen Beginn seiner geistigen Erkrankung lokalisieren will.

Die Arten von Übertretungen, die zu seiner Hospitalisierung führen, unterscheiden sich in ihrem Wesen von denen, die zu anderen ausschließenden Konsequenzen führen – zu Inhaftierung, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, Enteignung, Verbannung, ambulanter psychiatrischer Behandlung usw. Aber offenbar ist wenig über diese differenzierenden Faktoren bekannt; und wenn man die aktuellen Einlieferungen studiert, dann scheint es häufig so, als wären auch andere Resultate möglich gewesen. Darüber hinaus erscheint es richtig, daß auf jede Übertretung, die zu einer wirksamen Beschwerde führt, viele psychiatrisch ähnliche Fälle entfallen, die folgenlos bleiben. Es wird nichts unternommen; oder es erfolgt eine Handlung, die zu anderen ausschließenden Resultaten führt; oder es wird eine unwirksame Maßnahme ergriffen, die zu einer bloßen Beruhigung oder Vertröstung dessen, der sich beschwert, führt.

Trennt man jene Übertretungen, die als Gründe zur Hospitalisierung des Delinquenten hätten dienen können, von jenen, die tatsächlich als solche verwendet wurden, so findet man eine große Zahl von – wie die Berufssoziologen es nennen – Karriere-Zufällen. Einige dieser »Zufälle« in der Karriere des Geisteskranken sind der sozio-ökonomische Status, die Sichtbarkeit der Übertretung, die Nähe einer psychiatrischen Klinik, der Umfang der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten, das gesellschaftliche Ansehen der Art von Behandlung, die in vorhandenen Kliniken möglich ist, usw. Zur Information über andere Zufälle ist man auf Schauergeschichten angewiesen: ein Psychotiker wird von seiner Ehefrau toleriert, bis sie einen Liebhaber findet, oder von seinen erwachsenen Kindern, bis diese das Haus verlassen, um ein eigenes Appartement zu beziehen; ein Alkoholiker kommt in die Heilanstalt, weil im Gefängnis kein Platz frei ist,

und ein Drogenabhängiger, weil er sich weigert, sich draußen psychiatrisch behandeln zu lassen; eine aufsässige halbwüchsige Tochter kann zu Hause nicht länger unter Kontrolle gehalten werden, weil sie im Begriff steht, eine Liaison mit einem unpassenden Freund einzugehen; entsprechend gibt es einen gleich wichtigen Satz von Zufällen, die den Menschen ein solches Schicksal vermeiden lassen. Und sollte der betreffende in die Klinik kommen, so bewirkt wieder ein anderer Satz von Zufällen die Entscheidung, wann er entlassen werden soll – wie etwa der Wunsch seiner Familie nach seiner Rückkehr, das Vorhandensein einer leicht ausführbaren Arbeit usw. Die offizielle Auffassung der Gesellschaft ist, daß Insassen von psychiatrischen Kliniken in erster Linie dort sind, weil sie an einer Geisteskrankheit leiden. In dem Maße jedoch, wie die »seelisch Kranken« außerhalb der Kliniken zahlenmäßig diejenigen in den Kliniken erreichen oder übertreffen, könnte man behaupten, daß die Geisteskranken nicht an seelischen Krankheiten, sondern an Zufällen leiden.

Zufälle der Karriere treten in Verbindung mit einem zweiten Merkmal der Karriere des vorklinischen Patienten auf – der Kette von Agenten oder Agenturen, die schicksalhaft auf seinem Weg vom Status des Bürgers zum Status des Patienten mitwirken. Dies ist ein Beispiel für jene zunehmend wichtige Klasse von sozialen Systemen, die sich aus Agenten und Agenturen zusammensetzen, welche dadurch, daß sie sich der Individuen annehmen und sie weiterleiten, einen systematischen Zusammenhang bilden.

An erster Stelle steht der nächste Vertraute, also der Mensch, den der Patient unter denen, auf die er sich in Krisenzeiten meint verlassen zu können, für am geeignetsten hält; in diesem Falle also der letzte, der seine Gesundheit anzweifeln, und der erste, der alles tun sollte, um ihn vor dem ihm unweigerlich drohenden Schicksal zu bewahren. Der nächste Vertraute ist normalerweise der nächste Verwandte; er braucht dies aber nicht zu sein, und daher möchte ich diesen besonderen Terminus (*next-of-relation* = nächster Vertrauter) einführen. An zweiter Stelle steht der Beschwerdeführer, die Person, die, rückblickend, den Weg des vorklinischen Patienten in die Klinik ausgelöst zu haben scheint. Hierzu gehören die Polizeibeamten, Geistlichen, praktischen Ärzte, frei praktizierenden Psychiater, das Personal ambulanter Kliniken, die Anwälte, Sozialarbeiter, Schullehrer usw. Einer dieser Agenten wird legal befugt sein, die Einweisung anzuordnen, und er wird dies tun; daher werden die ihm in diesem Prozeß vorangehenden Agenten an etwas beteiligt sein, dessen Ergebnis noch nicht feststeht. Wenn die Vermittler sich vom Schauplatz zurückziehen, ist der vorklinische zu einem klinischen Patienten geworden, und der ausschlaggebende Agent ist nunmehr der Klinikleiter.

Auf seinem Weg von zu Hause in die Klinik kann der vorklinische Pa-

tient demnach als Dritter an etwas beteiligt sein, was er als eine gegen sich gerichtete Entfremdungskoalition erfährt. Wenn er dann auf die Folge von Schritten zurückblickt, die zu seiner Hospitalisierung führten, so mag er den Eindruck gewinnen, daß die gegenwärtige Bequemlichkeit aller Beteiligten emsig aufrechterhalten wurde, während sein langfristiges Wohlergehen untergraben worden ist. Diese Erkenntnis kann eine moralische Erfahrung darstellen, welche ihn für den Augenblick noch mehr von den Menschen der Außenwelt isoliert.

Andererseits hat die Karriere des vorklinischen Patienten einen eigentümlich rückwirkenden Charakter. Bevor ein Mensch tatsächlich in die Klinik gelangt, gibt es anscheinend keine Möglichkeit, sicher festzustellen, ob ihm, die determinative Rolle der Karriere-Zufälle vorausgesetzt, ein solches Schicksal bevorsteht. Und bis zum Zeitpunkt der Hospitalisierung werden er sich selbst und andere ihn nicht für jemanden halten, der sich zu einem Geisteskranken entwickelt. Da er jedoch gegen seinen Willen in der Klinik festgehalten wird, sind sein nächster Vertrauter und das Klinikpersonal um eine Rechtfertigung für die von ihnen verantworteten Härten dringend verlegen. Die Angehörigen des ärztlichen Personals werden immer noch einen Beweis für die fachliche Begründung ihres Tuns benötigen. Diese Probleme werden erleichtert – zweifellos unbeabsichtigt – durch die konstruierte Fallgeschichte, die für die Vergangenheit des Patienten zurechtgeschneidert wird, was den Effekt hat, zu demonstrieren, daß er die ganze Zeit schon krank war, daß er schließlich ernstlich erkrankte und daß, wäre er nicht hospitalisiert worden, noch viel schlimmere Dinge auf ihn zugekommen wären – was alles natürlich zutreffen mag. Nebenbei bemerkt, wenn der Patient seinen Klinikaufenthalt als sinnvoll betrachten und sich die Möglichkeit offenhalten will, einmal wieder seinen nächsten Vertrauten als einen netten und wohlmeinenden Menschen zu akzeptieren, dann wird auch er Grund haben, einiges von der psychiatrischen Bearbeitung seiner Vergangenheit zu glauben.

In der Anstalt: die Demoralisierung des Selbst

Der letzte Schritt in der Karriere des vorklinischen Patienten kann durch die Erkenntnis markiert sein, daß er – berechtigt oder nicht – von der Gesellschaft ausgestoßen wurde und daß seine nächsten Mitmenschen ihn hintergangen haben. In der Klinik wird er es folglich vermeiden, mit jemandem zu sprechen, womöglich versuchen, alleine zu bleiben und sich vielleicht sogar »kontaktlos« oder »manisch« verhalten, um sich von jeder Interaktion fernzuhalten, die ihm eine höfliche reziproke Rolle abnötigen würde und ihn gewahr werden ließe, wie er in den Augen der

anderen dasteht. Wenn sein nächster Vertrauter versucht, ihn zu besuchen, dann kann dieser durch Schweigen oder durch die Weigerung des Patienten, den Besuchsraum zu betreten, zurückgewiesen werden, wobei diese Strategien häufig den Schluß nahelegen, daß der Patient immer noch an einem Überrest von Vertrautheit mit denjenigen festhält, die zu seiner Vergangenheit gehörten, und daß er diesen Rest vor der schließlichen Destruktivität des Umgangs mit den neuen Menschen, zu denen jene nun geworden sind, bewahren will.

Normalerweise gibt der Patient diese anstrengende Bemühung, anonym zu bleiben, allmählich auf und zeigt Bereitschaft, sich an der konventionellen sozialen Interaktion mit der Klinikgemeinschaft zu beteiligen. Die Wärter haben für dieses Zugänglichwerden des Patienten den Ausdruck »sich einleben« geprägt. Er kennzeichnet eine neue, vom Patienten eingenommene und aufrechterhaltene Einstellung und gleicht der in anderen Gruppierungen auftretenden »Einführung«.

Sobald der vorklinische Patient sich einzuleben beginnt, verläuft sein Schicksal meist ähnlich wie in einer ganzen Reihe ähnlicher isolierter Anstalten – z. B. in Gefängnissen, Konzentrationslagern, Klöstern, Arbeitslagern usw. –, in denen der Insasse seinen ganzen Lebensablauf auf dem Gelände zubringt und seinen vorgeschriebenen Tageslauf in unmittelbarer Gesellschaft einer Gruppe von Menschen seines eigenen institutionellen Status durchläuft.

Wie der Neuling in vielen dieser totalen Institutionen, findet sich der neue klinische Patient säuberlich aller seiner gewohnten Sicherheiten, Befriedigungen und Abwehrmechanismen beraubt und ist einem umfangreichen Satz von demütigenden Erfahrungen ausgesetzt; und dies nicht nur wegen der einzigartig niedrigen Lebensbedingungen, die in der Anstalt herrschen, sondern auch wegen der Einmaligkeit, mit der ihm eindringlich, beharrlich und bestimmt deren Bedeutung für sein Selbst vor Augen geführt wird. Einmal auf einer bestimmten Station untergebracht, wird der Patient mit Sicherheit belehrt, daß die von ihm vorgefundenen Einschränkungen und Entbehrungen nicht durch blinde Mächte wie Tradition oder Wirtschaftlichkeit bedingt, sondern daß sie beabsichtigte Bestandteile seiner Behandlung, seiner gegenwärtigen Bedürfnisse und mithin ein Ausdruck des momentanen Zustands seines Selbst sind. Wiewohl er allen Grund hat, bessere Bedingungen zu fordern, wird er belehrt, daß entsprechende Schritte erst unternommen werden, sobald das Personal den Eindruck hat, er könne sich auf einem höheren Stationsniveau »zurechtfinden«, oder dieses täte ihm gut. Kurz, die Einweisung in eine bestimmte Station wird nicht als Belohnung oder Strafe dargestellt, sondern als Ausdruck seiner allgemeinen sozialen Funktionsfähigkeit, seines Status als Person. Angesichts der Tatsache, daß die niedrigsten Stationsniveaus einen Lebensablauf vor-

sehen, den klinische Patienten mit organischen Hirnschäden leicht absolvieren können, und daß diese recht beschränkten menschlichen Wesen vorhanden sind, um dies zu beweisen, kann man sich einige der Spiegeleffekte der Klinik vorstellen.

Das Stationssystem ist also ein extremes Beispiel dafür, wie die physischen Gegebenheiten einer Anstalt bewußt eingesetzt werden können, um die Vorstellung, die jemand sich von sich selbst macht, zu beeinflussen. Darüber hinaus ermöglicht das offizielle psychiatrische Mandat der Heilanstalt auch noch direktere, eklatantere Angriffe auf das Selbstverständnis des Insassen. Je stärker sich eine Klinik an »ärztlichen« und fortschrittlichen Standards orientiert – je mehr sie therapeutisch zu arbeiten und nicht nur als bloße Verwahrungsanstalt zu fungieren versucht –, desto eher besteht die Möglichkeit, daß der Patient mit hochgestellten Angehörigen des Personals konfrontiert ist, welche ihm suggerieren, seine ganze Vergangenheit sei ein einziges Scheitern gewesen, und die Ursachen hierfür seien in ihm selbst zu suchen; und daß er, will er als Mensch ernstgenommen werden, seine ganze Art, mit Menschen zu verkehren, sowie sein Selbstbild ändern müsse. Häufig wird der moralische Wert dieser Verbalinjurien dem Betreffenden dadurch oktroyiert, daß man ihn zwingt, ein solches psychiatrisches Bild von sich selbst in arrangierten Bekenntnis-Sitzungen einzuüben – entweder in privaten Konsultationen oder in der Gruppentherapie.

In der Heilanstalt wird dem Patienten also unsanft klargemacht, daß er immerhin ein psychiatrischer Fall ist, der in der Außenwelt eine Art sozialen Kollaps erlitten hat und irgendwie total gescheitert ist, und daß er wenig soziales Ansehen genießt, da er kaum in der Lage ist, überhaupt wie ein vollzunehmender Mensch zu handeln. Diese Demütigungen werden wohl am einschneidendsten von Patienten aus der Mittelschicht empfunden, da ihre vorherrschenden Lebensbedingungen sie normalerweise gegen solche Beleidigungen abschirmen, aber im Grunde sind alle Patienten gegen solche Degradierungen empfindlich. Genau wie jedes normale Mitglied seiner jeweiligen Subkultur in der Außenwelt, reagiert der Patient häufig auf diese Situation, indem er versucht, sich eine traurige Geschichte zurechtzulegen, die beweist, daß er nicht »krank« ist, daß die »kleinen Schwierigkeiten«, in die er geraten ist, in Wirklichkeit jemand anderes verschuldet hat, daß sein vergangener Lebenslauf ehrbar und rechtschaffen war und daß die Klinik daher Unrecht tut, ihm den Status eines Geisteskranken aufzuzwingen. Diese Tendenz zur Selbstachtung ist innerhalb der Patientengemeinschaft fest institutionalisiert, denn dort setzt die Aufnahme sozialer Kontakte charakteristischerweise voraus, daß die Beteiligten freiwillig Informationen über ihren gegenwärtigen Aufenthalt auf der Station und die bisherige Dauer ihres Aufenthaltes preis-

geben, nicht aber die Gründe für diesen Aufenthalt – wobei solche Interaktionen in der Form alltäglicher Unterhaltung, wie in der Außenwelt auch, ausgetauscht werden. Bei zunehmender Vertrautheit gibt normalerweise jeder Patient relativ akzeptable Gründe für seine Hospitalisierung an, während er die von den anderen Patienten angebotenen Informationen ohne direkte Fragen akzeptiert.

Auf der Basis dieser wechselseitig aufrechterhaltenen Fiktionen kann eine ganze soziale Rolle innerhalb der Patientengemeinschaft konstruiert werden. Aber solche Liebenswürdigkeiten im zwischenmenschlichen Verkehr werden häufig durch den Klatsch hinter dem Rücken des Betreffenden korrigiert, und dieser pflegt den Tatsachen etwas näher zu kommen. Hierin zeigt sich sicherlich eine klassische soziale Funktion des Informationsnetzes unter Gleichgestellten: sie dienen sich gegenseitig als Publikum für Erzählungen, die das eigene Selbst unterstützen – Erzählungen, die ein wenig substantieller sind als bloße Phantasieprodukte und etwas unzuverlässiger als die Tatsachen.

Die apologetische Version des Patienten entsteht jedoch in einer einzigartigen Situation, denn es lassen sich kaum destruktivere Umstände für die Selbstdarstellung vorstellen als jene Geschichten, die bereits aufgrund psychiatrischer Informationen aufgebaut sind. Deren schädliche Wirkung beruht auf mehr als dem offiziellen Formular, welches bestätigt, daß der Patient geistesgestört ist und eine Gefahr für sich selbst und andere darstellt – übrigens eine Bestätigung, die offenbar den Stolz des Patienten tief verletzt, ja ihm sogar die Voraussetzungen, Stolz zu entwickeln, raubt.

Viele der Selbstdarstellungen, die die Patienten vorbringen, werden durch die erniedrigenden Umstände des Klinikschauplatzes Lügen gestraft, und die bloße Tatsache des Aufenthalts in der Heilanstalt widerlegt solche Erzählungen. Auch reicht natürlich die Solidarität unter den Patienten nicht immer aus, um zu verhindern, daß die Patienten sich gegenseitig diskreditieren, wie es auch häufig an »ausgebildeten« Wärtern fehlt, deren Vorhandensein verhindern würde, daß die Patienten durch die Wärter diskreditiert werden. So hielt ein Patient einem Mitpatienten fortgesetzt vor:

Wenn Sie schon so gescheit sind, wie zum Teufel sind Sie dann hier hereingekommen?

Der Schauplatz einer psychiatrischen Klinik ist jedoch noch verräterischer. Das Personal hat einigen Vorteil davon, wenn es die Geschichte des Patienten anzweifelt – welcher Grund für dieses Anzweifeln auch immer vorgeschoben werden mag. Wenn die Verwaltung der Klinik bestrebt ist, den Tageslauf des Patienten reibungslos und ohne Schwierigkeiten zu verwalten, dann erweist es sich als nützlich, ihm klarzumachen, daß seine

Behauptungen über sich selbst, mit denen er seine Ansprüche zu rechtfertigen sucht, falsch sind, daß er nicht das ist, was er zu sein vorgibt, und daß er in der Tat als Mensch ein Versager ist. Wenn den Psychiatern daran gelegen ist, ihn von ihrer Ansicht über seine Selbstdarstellung zu überzeugen, dann müssen sie ihm detailliert nachweisen können, inwiefern ihre Meinung über seine Vergangenheit und über seinen Charakter stimmiger sind als seine eigene. Wenn die Verwaltung wie auch das psychiatrische Personal den Patienten zur Mitarbeit bei den verschiedenen psychiatrischen Behandlungsmethoden bewegen wollen, dann erweist es sich wohl als nützlich, ihm seine irrige Auffassung über deren Vorhaben auszureden und ihn zu der Einsicht zu bringen, daß sie wohl wissen, was sie tun, und daß sie nur das tun, was ihm frommt. Kurz gesagt, die von einem Patienten verursachten Schwierigkeiten sind eng verbunden mit seiner eigenen Version von dem, was ihm widerfahren ist, und wenn diese seine Version angezweifelt wird, so trägt dies dazu bei, seine Kooperation zu gewährleisten. Vom Patienten wird »Einsicht« verlangt, und man erwartet, daß er sich die Meinung der Klinik über sich selbst zu eigen macht oder wenigstens so tut als ob.

Außer der Spiegelwirkung der Situation hat das Personal weitere ideale Möglichkeiten, die Rationalisierungen des Patienten abzuwerten. Die heute gültige psychiatrische Doktrin definiert Geisteskrankheit als einen in den frühen Lebensjahren des Patienten verursachten Zustand, dessen Anzeichen den ganzen Verlauf seines Lebens durchziehen und der sich auf nahezu alle Aspekte seines gegenwärtigen Tuns auswirkt. Kein Sektor seines gegenwärtigen oder früheren Lebens ist also der Zuständigkeit und dem Mandat der psychiatrischen Beurteilung entzogen. Dieses äußerst weitreichende Mandat wird in Heilanstalten bürokratisch institutionalisiert, indem diese die Behandlung des Patienten formal auf die Diagnose und die psychiatrische Bewertung seines Vorlebens gründen.

Ein wichtiger Ausdruck dieses Mandats ist die Fallgeschichte. In der Regel dient dieses Dossier offenbar aber nicht dazu, diejenigen Fälle zu registrieren, in denen der Patient die Fähigkeit bewies, ehrenhaft und effektiv mit schwierigen Lebenssituationen fertigzuwerden. Es dient auch nicht dazu, einen allgemeinen Querschnitt durch oder einen Überblick über sein bisheriges Verhalten zu geben. Vielmehr dient es dazu, zu beweisen, inwiefern der Patient »krank« ist und warum es richtig war, ihn in die Klinik einzuliefern und die Hospitalisierung aufrechtzuerhalten. Dabei wird so verfahren, daß aus seinem ganzen Lebenslauf eine Liste jener Vorfälle zusammengestellt wird, die »symptomatische« Bedeutung haben oder hätten haben können. Dazu kann auch das widrige Geschick seiner Eltern oder Geschwister, soweit es krankhafte Züge indiziert, gezählt werden. Weit zurückliegende Handlungen, bei denen der Patient anscheinend eine

schwache Urteilskraft oder emotionelle Störungen gezeigt hatte, werden festgehalten. Desgleichen Gelegenheiten, bei denen er in einer Weise handelte, die der Laie als unmoralisch, sexuell pervertiert, willensschwach, kindisch, unüberlegt, impulsiv oder verrückt bezeichnen würde. Mitunter werden Verfehlungen, die irgendjemand zum Anlaß für ein unmittelbares Einschreiten nahm, weil seiner Meinung nach »das Maß voll« war, detailliert aufgeführt. Hinzu kommt, daß der Fallbericht Angaben über seine Verfassung zum Zeitpunkt der Einlieferung enthält – zu dem er sich gewiß alles andere als unbeschwert und entspannt gefühlt hat. Auch kann der Bericht die falschen Angaben enthalten, die der Patient auf peinliche Fragen hin machte und die ihn als jemanden darstellen, der offensichtlich den Fakten widersprechende Behauptungen aufstellt:

Behauptet, sie wohne nur dann, wenn krank oder hilfsbedürftig, bei der ältesten Tochter oder bei der Schwester; sonst beim Ehemann. Dieser gibt an, sie lebe seit zwölf Jahren von ihm getrennt.

Im Gegensatz zu Berichten des Personals gibt er an, er würde nicht mehr hinfallen und nicht mehr morgens weinen.

... verheimlicht die Tatsache, daß die inneren Geschlechtsorgane entfernt wurden; behauptet noch zu menstruieren.

Anfangs behauptete sie, sie habe keinerlei voreheliche sexuelle Erfahrung gehabt, aber auf die Frage nach Jim gab sie vor, es vergessen zu haben, weil es unangenehm gewesen sei.

Wo dem Berichtschreiber keine gegenteiligen Fakten bekannt sind, wird die Möglichkeit, daß solche dennoch vorliegen, dezent offengelassen:

Die Patientin stritt jegliche heterosexuellen Erfahrungen ab, auch war sie nicht zu bewegen zuzugeben, daß sie je schwanger gewesen sei oder sexuelle Befriedigung irgendwelcher Art gefunden hätte – streitet auch Masturbation ab.

Auch unter erheblichem Druck war er nicht bereit, Projektion paranoider Mechanismen zuzugeben.

Bei dieser Gelegenheit war keinerlei psychotischer Inhalt aus ihr herauszubekommen.

Wie ich glaube, treffen die meisten in diesen Fallgeschichten enthaltenen Angaben im großen und ganzen zu; andererseits ist es ebenso richtig, daß der Lebenslauf fast eines jeden Menschen genügend ehrenrührige Tatsachen hergäbe, um die fallgeschichtliche Rechtfertigung für eine Hospitalisierung zu liefern. Wie dem auch sei, ich möchte hier nicht die Wünschbarkeit solcher Fallberichte oder die Motive des sie zusammenstellenden Personals in Frage stellen – vielmehr möchte ich feststellen, daß der Patient, falls diese ihn betreffenden Fakten wahr sind, gewiß nicht vom üblichen kulturellen Zwang, sie zu verheimlichen, befreit ist und daß er sich viel-

leicht um so stärker bedroht fühlt, als er weiß, daß sie ordentlich gesammelt vorliegen und er keinerlei Einfluß darauf hat, wem sie zur Kenntnis kommen.

Die formellen und informellen Kommunikationsmuster, welche die Angehörigen des Klinikpersonals miteinander verbinden, verstärken meist noch die bloßstellende Wirkung des Fallberichts. Eine entwürdigende Handlung, die ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt des Tages an einer bestimmten Stelle der Klinkgemeinschaft begeht, wird sehr wahrscheinlich denen zu Ohren kommen, die andere Sektoren seines Lebens überwachen und denen gegenüber er den Eindruck wird aufrechterhalten wollen, daß er nicht der Mensch ist, dem so etwas zuzutrauen wäre.

In Heilanstalten werden also im allgemeinen gerade solche Informationen über den Patienten ausgetauscht, die dieser lieber verheimlichen würde. Und dieses Wissen wird in unterschiedlich abgestuften Details eingesetzt, um seine Behauptungen zu widerlegen. Bei der Aufnahme und bei diagnostischen Sitzungen werden ihm Fragen gestellt, auf die er falsche Antworten geben muß, wenn er seine Selbstachtung nicht verlieren will, woraufhin ihm die richtige Antwort entgegengehalten wird. Ein Wärter, dem er seine Version seines Vorlebens zusammen mit seiner Begründung, warum er in der Klinik ist, anvertraut, wird vielleicht ungläubig lächeln oder antworten: »Da habe ich aber etwas ganz anderes gehört«, was mit der psychiatrischen Praxis übereinstimmt, den Patienten in die sog. Realität zurückzuführen. Tritt der Patient auf der Station an einen Arzt oder Pfleger heran, um mehr Privilegien oder seine Entlassung zu fordern, so hält man ihm womöglich eine Frage entgegen, auf die er nicht wahrheitsgemäß antworten kann, ohne sich an eine Gelegenheit zu erinnern, bei der er sich unwürdig betragen hat. Trägt er während der Gruppentherapie seine Meinung über seine Situation vor, so wird der Therapeut – die Rolle des Inquisitors spielend – vielleicht versuchen, ihm seine Interpretationen, mit denen er sein Gesicht zu wahren sucht, auszureden und ihm stattdessen die Auffassung nahelegen, daß die Schuld bei ihm selber liege und er sein Verhalten ändern müsse. Wenn er dem Personal oder den Mitpatienten gegenüber beteuert, er sei gesund und niemals wirklich krank gewesen, so wird ihm vielleicht schwarz auf weiß nachgewiesen, daß er erst vor einem Monat wie ein junges Mädchen umherstolzierte oder behauptete, Gott zu sein, oder sich weigerte, zu sprechen und Nahrung zu sich zu nehmen, oder sich Kaugummi ins Haar klebte.

Jedesmal wenn die Behauptungen des Patienten durch Angehörige des Stabes zunichte gemacht werden, ist er durch seine Idealvorstellung von einem menschlichen Verhalten oder durch die unter Gleichgestellten herrschenden Spielregeln gezwungen, seine Geschichte neu zu rekonstruieren, und jedesmal wenn er dies versucht, werden administrative und psychia-

trische Interessen das Personal veranlassen, diese wiederum in Zweifel zu ziehen.

Diese verbalen Auf- und Abwertungen des Selbstbildes finden vor dem Hintergrund einer ebenso gefährlich schwankenden institutionellen Basis statt. Entgegen der allgemeinen Auffassung gewährleistet das »Stationssystem« ein erhebliches Maß an interner sozialer Mobilität innerhalb der Anstalt, besonders im ersten Jahr des Aufenthalts. Während dieser Zeit wechselt der Patient wahrscheinlich einmal die Abteilung und drei- oder viermal die Station sowie mehrmals seinen Urlaubs-Status; und er wird sich wahrscheinlich zu seinem Vorteil wie zu seinem Nachteil verändern. Jede dieser Veränderungen bedingt einen sehr drastischen Wechsel der Lebensbedingungen und der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich durch bestimmte Tätigkeiten ein Selbstbild aufzubauen; dieser Wechsel ist durchaus einem Auf- oder Abstieg von einer Gesellschaftsschicht in die andere zu vergleichen. Hinzu kommt, daß seine Mitpatienten, mit denen er sich in gewissem Maße identifiziert hat, ebenfalls solche Veränderungen durchmachen, dies jedoch in verschiedenen Richtungen und in unterschiedlichem Maße, wodurch dem Patienten ein Gefühl des sozialen Wandels vermittelt wird, auch wenn er diesen nicht direkt an sich selbst erfährt.

Wie bereits festgestellt, können die psychiatrischen Lehrmeinungen diese soziale Fluktuation innerhalb des Stationssystems noch unterstützen. Nach Auffassung einer dieser modernen psychiatrischen Theorien ist das Stationssystem einer Art sozialem Treibhaus zu vergleichen, in dem die Patienten ihre Laufbahn als Kleinkinder beginnen und nach einiger Zeit auf der Rekonvaleszentenstation als resozialisierte Erwachsene enden. Diese Auffassung erleichtert es dem Personal ganz wesentlich, mit seiner Arbeit Stolz und Wichtigkeit zu verbinden, und sie bringt ein gewisses Maß an Blindheit – besonders bei höheren Dienstgraden – gegenüber anderen Betrachtungsweisen mit sich, z. B. der Auffassung des Stationssystems als eines Mittels zur Disziplinierung unbotmäßiger Charaktere durch Lohn und Strafe. Jedenfalls wird bei dieser Resozialisierungshypothese sowohl das Maß, in dem die auf der niedrigsten Station befindlichen Patienten zu sozialisiertem Verhalten unfähig sein sollen, als auch das Maß, in dem die auf der besten Station Befindlichen zum Einhalten der sozialen Spielregeln bereit und willig sind, weit übertrieben. Da das Stationssystem mehr als ein Resozialisierungskäfig ist, gibt es für die Insassen viele Gründe, eine »Unbotmäßigkeit« zu begehen oder Schwierigkeiten zu machen – und daher viele Gelegenheiten zum Abstieg auf weniger privilegierte Positionen innerhalb der Station. Solche Abstiege können offiziell als psychiatrische Rückfälle oder als moralisches Abgleiten interpretiert werden, auf daß die Auffassung von der Klinik als einer Resozialisie-

rungsstätte gewahrt bleibe; eine solche Interpretation setzt voraus, daß ein bloßer Verstoß gegen die Regeln sowie der darauf folgende Abstieg ein fundamentaler Ausdruck des Selbst des Übeltäters sei. Ähnlich kann ein Aufstieg, der lediglich wegen der Überbelegung der betreffenden Station oder wegen des Bedarfs an »arbeitenden Patienten« bzw. aus anderen psychiatrisch irrelevanten Gründen erfolgt, zu einem wesentlichen Ausdruck des Selbst des Patienten aufgebauscht werden. Mitunter erwartet der Stab persönliche Bemühungen des Patienten, damit er etwa binnen eines Jahres »wieder in Ordnung komme«, und daher kann der Patient beständig angehalten werden, den Erfolg oder das Scheitern seines Selbst im Auge zu behalten.

Unter diesen Bedingungen werden einige Patienten vielleicht feststellen, daß moralische Statusverluste gar nicht so schlimm sind, wie angenommen. Immerhin ziehen solche zu einer Degradierung führenden Verstöße weder rechtliche Sanktionen noch die Reduktion auf den Status des Geisteskranken nach sich, da diese Gegebenheiten bereits existieren. Darüber hinaus erscheint kein früheres oder gegenwärtiges Delikt als solches so abscheulich, daß es die Verstoßung des Betreffenden aus der Gemeinschaft der Patienten rechtfertigen würde, und daher verlieren solche Abirrungen vom rechten Wege ihre stigmatisierende Wirkung. Schließlich kann der Patient, indem er die Mißbilligung seines Fehltritts von seiten der Anstalt akzeptiert, dies zum Anlaß nehmen, »ein anständiges Leben zu beginnen«, und vom Personal fordern, daß es diese Bemühung durch Wohlwollen, Privilegien und Toleranz unterstützt.

Sobald der Patient lernt, unter Bedingungen zu leben, unter denen ihm dauernd die Bloßstellung droht und ihm weitgehend Achtung erwiesen oder vorenthalten werden kann, ohne daß er Gewährung oder Vorenthaltung selbst beeinflussen könnte, hat er einen wichtigen Schritt zu seiner Sozialisierung getan, und dies sagt einiges darüber aus, was es bedeutet, Insasse einer Heilanstalt zu sein. Wenn die früheren Fehler und gegenwärtigen Fortschritte eines Menschen ständig moralisch überprüft werden, so führt dies zu einer besonderen Form der Anpassung, die nicht gerade als eine moralische Auffassung von Ich-Idealen anzusprechen ist. Die Versäumnisse und Erfolge eines Menschen gewinnen in seinem Leben eine zu zentrale und fluktuierende Bedeutung, als daß er sich viel um die Meinung anderer kümmern könnte. Der Versuch, fundierte Behauptungen über sich selbst aufrechtzuerhalten, hat wenig Sinn. Der Insasse wird die Erfahrung machen, daß den Erniedrigungen und Erhebungen seines Selbst nicht allzu viel Bedeutung beikommt, und gleichzeitig lernt er, daß Personal und Insassen bereit sind, eine Aufwertung oder Abwertung seines Selbst ziemlich gleichgültig aufzunehmen. Er lernt, daß man ein akzeptables Selbstbild als etwas außerhalb seiner selbst Stehendes ansehen kann, welches sich ge-

schwind und ohne weiteres aufbauen, verlieren und wieder aufrichten läßt. Und er erfährt, daß es möglich ist, einen Standpunkt einzunehmen – und mithin ein Selbst zu entwickeln – unabhängig davon, was die Klinik einem geben oder vorenthalten kann.
Die Situation in der Heilanstalt erzeugt also anscheinend eine Art kosmopolitische Weisheit, eine Apathie hinsichtlich des eigenen bürgerlichen Status. Unter diesen unernsten und doch seltsam übertrieben moralischen Bedingungen wird das Aufbauen und Zerstören des Selbst zu einem schamlosen Spiel, und wenn der Patient lernt, diesen Prozeß als ein Spiel zu betrachten, dann leistet dies einer gewissen Demoralisierung Vorschub, denn es handelt sich um ein sehr elementares Spiel. In der Heilanstalt macht der Insasse also die Erfahrung, daß sein Selbst keine Festung ist, sondern vielmehr eine kleine offene Stadt; vielleicht ist er es bald satt, jubeln zu müssen, sobald sie von den eigenen Truppen gehalten wird, und sich zu empören, wenn der Feind sie überrennt. Sobald er erkennt, was es heißt, wenn die Gesellschaft einem ein lebensfähiges Selbst abspricht, verliert diese bedrohliche Definition – die Drohung, die einen Menschen auf das Selbst verpflichtet, das die Gesellschaft ihm zudiktiert – ihre Wirkung. Der Patient gewinnt neuen Boden unter den Füßen, sobald er die Erfahrung macht, daß es sich mit einem Verhalten, welches die Gesellschaft als selbstzerstörerisch ansieht, gut leben läßt.

Der Patient als Objekt

Das legale Mandat des Arztes über das Schicksal der Patienten sowie seine institutionelle Macht über Teile des Personals statten ihn automatisch mit der Autorität aus, welche andere Helfer im Dienstleistungssektor sich meist erst in der tatsächlichen Interaktion mit den Klienten erobern müssen. Hinzu kommt, daß, während das psychiatrische Wissen den Psychiater häufig nicht zu konkreten Voraussagen über das Verhalten der Patienten befähigt, dieselbe Unwissenheit ihm einen breiten Interpretationsspielraum bietet. Durch *post hoc* getroffene Modifikationen und Einschränkungen seiner Analyse kann der Psychiater ein Bild von der Entwicklung des Patienten konstruieren, welches kaum leichter zu widerlegen als zu beweisen ist, so z. B. wenn ein unerwarteter psychotischer Schub so interpretiert wird, als fühle der Patient sich nunmehr sicher und stark genug, um seine Psychose auszudrücken. Diese unerschütterliche Autorität wird durch die aus der medizinischen Tradition resultierende Macht des Psychiaters ergänzt: nämlich durch die »klinische Erfahrung«. Diese magische Qualität spricht jener formal legitimierten Person, welche die längste Erfahrung mit der in Rede stehenden Art von Fällen hat, im Zweifels-

fall oder bei geteilten Meinungen das letzte Wort zu, und diese Person ist meist der dienstälteste anwesende Psychiater.

Die ideologischen oder interpretativen Konsequenzen der Aktivität des Klinik-Managements scheinen sich auf zwei Brennpunkte zu konzentrieren, nämlich auf das Wesen der Patienten und auf die Aktivität der Klinik, wobei in beiden Fällen die Definition der Situation als einer ärztlichen Dienstleistung aufrechterhalten wird.

Die fundamentale Ansicht über den Patienten besagt: Wäre er »er selbst«, dann würde er sich freiwillig um psychiatrische Behandlung bemühen und sich ihr freiwillig unterziehen, und wenn es dann zu seiner Entlassung käme, dann würde er einsehen, daß sein wirkliches Selbst die ganze Zeit so behandelt wurde, wie es in Wirklichkeit behandelt zu werden wünschte. Hier liegt eine Variation des Beschützer-Prinzips vor: Die interessante Vorstellung, daß der psychotische Patient ein krankes Selbst habe und daß unter diesem ein relativ »erwachsenes«, »intaktes« oder »unbeschädigtes« Selbst existiere, führt das Beschützer-Prinzip noch einen Schritt weiter und verlegt die Trennung von Objekt und Klient, die für eine vollständige Dienstleistungs-Triade notwendig ist, direkt in die Struktur des Ich.

Die *Fallgeschichte* spielt hier eine wichtige Rolle. Sie ermöglicht es, systematisch ein Bild von der Vergangenheit des Patienten zu konstruieren, welches demonstriert, daß sein Verhalten von einem Krankheitsprozeß infiltriert wurde, bis dieses sein Verhalten, als System, völlig pathologisch wurde. Anscheinend normales Verhalten wird als bloße Maske oder Tarnung der sich dahinter verbergenden eigentlichen Krankheit angesehen. Die Pathologie wird mit einem allumfassenden Titel, wie etwa Schizophrenie, psychopathische Persönlichkeit usw. belegt, und dies ermöglicht eine neue Sicht des »eigentlichen« Charakters des Patienten. Unter Druck werden einige Angehörige des Personals zwar zugeben, daß diese Syndrom-Bezeichnungen ungenau und zweifelhaft sind und nur den statistischen Bedürfnissen der Klinik genüge tun. Doch in der Praxis ermöglichen es diese Kategorien, das Wesen des Patienten zu einer einzigen Einheit zusammenzufassen – einer Entität, die dann der psychiatrischen Bearbeitung unterzogen werden kann. All dies ermöglicht es, die Gebiete, auf denen der Patient »normal« funktioniert, abzuwerten und zu vernachlässigen, mit Ausnahme der Fälle, wo der Patient bereit ist, die Behandlung zu akzeptieren.

Die Reaktion des Patienten auf die Hospitalisierung kann dadurch bequem einbezogen werden, daß man sie in ein technisches Bezugssystem übersetzt, wobei der Beitrag der Klinik zu den Schwierigkeiten des Patienten zur Nebensache wird und es nur auf die interne Entstehungsweise der für das Verhalten des Patienten charakteristischen Störung ankommt.

Interpersonelle Ereignisse werden in den Patienten hineinverlegt, wobei er als ein relativ geschlossenes System aufgefaßt wird, welches als pathologisch und korrigierbar angesehen werden kann. So wird eine vom Patienten gegen einen Beamten der Klinik unternommene Handlung, die dem betreffenden Beamten als aggressiv getönt erscheint, in einen substantivischen Begriff wie »Aggressivität« übersetzt, der leicht im Patienten lokalisiert werden kann. Ähnlich wird manchmal die auf der Station herrschende Situation, die dadurch gekennzeichnet ist, daß das Pflegepersonal keinerlei Anstrengungen unternimmt, Kontakte mit langfristigen Patienten einzuleiten (die tatsächlich auf Annäherungen eingehen würden), auf den Patienten übertragen, wobei dieser als »stumm« bezeichnet wird. Wie Szasz bemerkte, ist eine solche Auffassung nicht weit von der einstmals vertretenen Meinung entfernt, der Geisteskranke habe einen Teufel oder bösen Geist im Leibe, der nur exorziert werden müßte.

Diese Übersetzung ist besonders augenfällig bei den Vorgängen der *Gruppenpsychotherapie.* Im allgemeinen beginnt diese Therapie – die wichtigste Form der verbalen Therapie, welche Patienten in Heilanstalten erhalten – mit einer Beschwerdesitzung, bei der die Patienten in einer relativ permissiven Atmosphäre und in relativ direktem Kontakt mit einem Mitglied des Personals Wünsche und Klagen vorbringen können. Die einzige Aktion, die der Therapeut in scheinbarer Übereinstimmung mit seiner Verpflichtung gegenüber der Institution und seinem Beruf unternimmt, besteht darin, diese Forderungen abzuwehren, indem er den Patienten davon überzeugt, daß die Probleme, die er seiner Meinung nach mit der Anstalt – oder mit seiner Verwandtschaft, mit der Gesellschaft usw. – hat, in Wirklichkeit *seine* eigenen Probleme sind. Der Therapeut rät ihm, diese Schwierigkeiten dadurch auszuräumen, daß er seine Innenwelt neu ordnet, und nicht zu versuchen, das Verhalten dieser anderen Agenzien zu verändern. Dies ist ein direkter, wenn auch zweifellos unbeabsichtigter Versuch, den Patienten in seinen eigenen Augen in ein hilfsbedürftiges geschlossenes System zu verwandeln. So habe ich, um ein extremes Beispiel anzuführen, erlebt, wie ein Therapeut in einer Klinik mit teilweiser Segregation der Beschwerde eines Negers über die Rassenbeziehungen dadurch begegnete, daß er dem Patienten vorhielt, er müsse sich selbst einmal fragen, warum unter allen anwesenden Negern ausgerechnet er diesen besonderen Augenblick wählte, um seiner Meinung Ausdruck zu geben, und was diese Äußerung, einmal abgesehen von den gegenwärtig in der Klinik herrschenden Rassenbeziehungen, für ihn als Person bedeuten würde.

Zwei weitere Unterstellungen über den Charakter des Patienten sollen erwähnt werden, die beide wiederum dazu dienen, das Dienstleistungsmodell zu unterstützen. Wenn einem Patienten die Entlassung angeboten

wird und er sich weigert, sie anzunehmen, wobei er manchmal irgend welche Handlungen begeht, die seine weitere Verwahrung gewährleisten, dann sieht man darin für gewöhnlich den Beweis, daß er immer noch krank ist und tatsächlich zu krank ist, um entlassen zu werden. So werden zwei schwerwiegende Aspekte der Situation miteinander verbunden: als gesund oder krank definiert zu werden, bedeutet dasselbe, wie in der Klinik oder draußen zu sein. Es gibt sicherlich für den Patienten viele gute Gründe, die Entlassung zu scheuen. So ist er z. B. bereits als Geisteskranker stigmatisiert und hat mit diesem reduzierten Status in der Außenwelt noch schlechtere Aussichten als vor seiner Einlieferung; außerdem hat er, wenn er entlassen werden soll, sich meist in der Klinik eingelebt und sich zu einer begehrten Position innerhalb des »Statussystems« hinaufgearbeitet.

Eine andere Verhaltensweise des Patienten, die gemäß den Bedingungen des medizinischen Modells rationalisiert wird, ist die plötzliche Wendung zu einem »anständigen« Benehmen. Da das Verhalten, das der Patient an den Tag legt, als eine profunde Spiegelung bzw. als Zeichen seiner Persönlichkeitsorganisation – also als sein psychisches System – aufgefaßt wird, muß jede plötzliche, anscheinend nicht von außen provozierte Änderung in Richtung »Gesundheit« oder »Krankheit« irgendwie begründet werden. Plötzliche Verschlechterungen werden häufig Rückfälle oder Regression genannt. Plötzliche Besserungen werden zuweilen als spontane Remission bezeichnet. Gestützt auf die Kraft dieser Worte kann der Stab, obwohl er nicht weiß, wodurch eine solche Veränderung ausgelöst ist, behaupten, daß sie unter medizinischen Gesichtspunkten behandelt werden kann. Eine solche Interpretation der Situation schließt natürlich eine soziale Perspektive aus. Obschon als Regression bezeichnet, mag das neue Verhalten nicht mehr und nicht weniger Gesundheit oder Krankheit ausdrücken als jede andere Anpassung an das Leben auch; und was als spontane Remission angesehen wird, kann ebenso gut Resultat der Tatsache sein, daß der Patient vorher gar nicht krank war.

Ich stelle fest, daß der Charakter und das Wesen des Patienten so definiert werden, daß er unbeabsichtigt, aber *de facto* zu einem Objekt der Art wird, an dem eine psychiatrische Hilfeleistung vorgenommen werden kann. Zu einem Patienten gemacht werden bedeutet, in ein bearbeitungsfähiges Objekt verwandelt werden, wobei die Ironie darin liegt, daß nur so wenige Bearbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Und der große Mangel an psychiatrischem Personal ist nicht der großen Zahl der Kranken zuzuschreiben, sondern der Anstaltsmaschinerie, welche die Dienstleistungen auf diesem Gebiet definiert.

Abschließend möchte ich untersuchen, wie das Personal nicht nur die Natur des Patienten, sondern auch die auf den Patienten bezogene Aktivität

der Klinik definiert. Da das Personal für die Institution spricht, wird die administrative und disziplinarische Maschinerie der Klinik den Patienten und der Öffentlichkeit in Gestalt dieser Definitionen präsentiert. Kurz, wir stellen fest, daß die Tatsachen der Stationsaufsicht und die Dynamik des Stationssystems in der Sprache der psychiatrischen medizinischen Dienstleistung ausgedrückt werden.

Die Anwesenheit des Patienten in der Klinik wird als *prima facie*-Beweis dafür gewertet, daß er geisteskrank ist, da die Institution zum Zweck der Hospitalisierung solcher Personen eingerichtet wurde. Sehr häufig erhält ein Patient, der behauptet, gesund zu sein, die Antwort: »Wären Sie nicht krank, dann wären sie nicht in der Klinik.« Von der Klinik selbst wird gesagt, daß sie, abgesehen von der therapeutischen Hilfe, die ihr qualifiziertes Personal leistet, dem Patienten Sicherheit gebe (die häufig nur durch die Kenntnis der Tatsache, daß die Tür verschlossen ist, bedingt ist) und ihn von seiner Alltagsverantwortung befreie. Beiden Bedingungen wird eine therapeutische Wirkung zugeschrieben. (Ob therapeutisch oder nicht, schwerlich wird man eine Umwelt finden, die mehr fundamentale Unsicherheitsfaktoren enthält; und für die angebliche Suspendierung der Verantwortung bezahlt der Betreffende einen sehr hohen und ihn sehr lange belastenden Preis.)

Noch weitere Übersetzungen lassen sich anführen: Die herrschende Reglementierung kann als ein die Unsicherheit milderndes System der therapeutischen Regelmäßigkeit definiert werden; der erzwungene soziale Kontakt mit einer Vielzahl heterogener, mißliebiger Mitinsassen wird als Gelegenheit gedeutet, die Erfahrung zu machen, daß es anderen noch weit schlechter geht. Die strafweise Versetzung eines Patienten auf eine schlechtere Station wird dargestellt als Überweisung auf eine Station, deren Verhältnisse ihm angemessen sind, und die Isolierzelle oder der »Bunker« werden als Orte bezeichnet, welche der Unfähigkeit des Patienten, sein Bedürfnis zum Ausagieren zu beherrschen, Rechnung tragen. Wenn nachts auf der Station dadurch für Ruhe gesorgt wird, daß die Patienten gezwungen werden, Drogen einzunehmen, wodurch eine Verringerung des Nachtpersonals ermöglicht wird, so nennt man dies medikamentöse oder sedative Therapie. Frauen, die nicht einmal so einfache medizinische Handgriffe wie eine Blutentnahme zu verrichten wissen, werden Schwestern genannt und tragen Schwesterntracht; Männer, die als praktische Ärzte ausgebildet wurden, werden als Psychiater bezeichnet. Die Zuweisung von Arbeiten gilt als Arbeitstherapie und soll dem Patienten die Möglichkeit geben, seine wiederbelebte Fähigkeit, bürgerliche Pflichten zu übernehmen, unter Beweis zu stellen. Belohnungen für gutes Benehmen in Form erweiterter Rechte, an geselligen Veranstaltungen teilzunehmen, werden als psychiatrische Kontrolle der Dosierung und zeitlichen Bemes-

sung sozialer Erfahrungen definiert. Von Patienten, die auf Stationen untergebracht sind, wo eine sofortige Behandlung erfolgt, sagt man, sie befänden sich in der »akuten« Abteilung; jene, die nach der ersten medizinischen Behandlungsphase nicht entlassen werden können, gelangen auf die sogenannte »chronische« Abteilung oder, nach neuerer Bezeichnung, auf die »Dauerbehandlungsstation«; wer unmittelbar vor der Entlassung steht, wird auf der »Rekonvaleszentenstation« untergebracht. Und schließlich wird die Entlassung selbst, mit der die meisten Patienten, die zum erstenmal eingeliefert wurden und sich durchschnittlich kooperativ zeigten oder für die die Verwandtschaft sich einsetzte, nach Ablauf eines Jahres rechnen können, als Beweis dafür gewertet, daß eine »Besserung« eingetreten ist, und diese Besserung wird stillschweigend den Bemühungen der Anstalt zugeschrieben. (Zu den Gründen für die Entlassung eines Patienten zählen die Überbelegung der Station, die spontane Remission oder die durch die disziplinierende Kraft des Stationssystems bewirkte soziale Konformität.) Selbst prägnante Formulierungen wie »als geheilt entlassen« oder »gebessert entlassen« implizieren, daß die Heilung oder Besserung der Klinik zu verdanken sei. (Zugleich werden für die unterbliebene Entlassung die Schwierigkeiten der Behandlung seelischer Störungen und die Hartnäckigkeit und Vehemenz solcher Krankheiten verantwortlich gemacht, und so gelingt es, das medizinische Modell auch noch angesichts seiner Unfähigkeit, etwas für den Patienten zu tun, zu bestätigen.) Tatsächlich könnte man eine hohe Entlassungsrate ebensogut als Beweis für die mangelhafte Arbeit der Klinik werten, denn da nur wenig akute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, findet die Besserung des Patienten trotz der Hospitalisierung statt, und vielleicht würde sie unter anderen als den entbehrungsreichen Bedingungen der Heilanstalt noch häufiger stattfinden.

Einige der verbalen Übersetzungen, die in psychiatrischen Kliniken gebräuchlich sind, stellen nicht so sehr medizinische Bezeichnungen für disziplinarische Praktiken dar, als vielmehr einen disziplinarischen Gebrauch medizinischer Praktiken. Aus einigen Heilanstalten wird berichtet, daß an Frauen, die innerhalb der Heilanstalt schwanger geworden waren, eine Hysterectomie vorgenommen wurde. Vielleicht weniger gebräuchlich war die Behandlung, die jenen als »Beißer« bezeichneten Patienten zuteil wurde, die jeden, der in ihre Nähe kam, bissen: ihnen wurden sämtliche Zähne gezogen. Der erstere medizinische Eingriff wird manchmal als »Behandlung der sexuellen Promiskuität« bezeichnet, letzterer als »Beißertherapie«. Ein weiteres Beispiel ist der heute in amerikanischen Kliniken merklich zurückgehende Brauch, an den aussichtslosesten und schwierigsten Patienten der Klinik eine Lobotomie vorzunehmen. Die auf Empfehlung des Wärters erfolgende Verwendung der Elektroschock-

Behandlung als Mittel der Einschüchterung, durch welches die Patienten diszipliniert und beruhigt werden sollen, ist ein weniger gravierendes, aber weit verbreitetes Beispiel derselben Praxis. In all diesen Fällen wird die ärztliche Maßnahme den Patienten und seinen Verwandten als individuelle Hilfe dargestellt, aber geholfen wird hier nur der Institution, denn die Maßnahme ist so spezifiziert, daß sie zur Lösung der administrativen Probleme des Managements beiträgt.

Es gibt in unserer Gesellschaft natürlich nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchten; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten eines bestimmten Gebietes geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandte, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen. Und sie, die in Wahrheit die Klienten der Heilanstalt sind, würden nach einer Institution verlangen, die ihre Bedürfnisse befriedigt.

Andererseits bedarf all das, was in der Klinik geschieht, einer Legitimation durch die Assimilierung an oder Übersetzung in den Bezugsrahmen der medizinischen Dienstleistung. Die alltäglichen Maßnahmen des Personals müssen als Konsequenzen von Beobachtung, Diagnose und Behandlung definiert und dargestellt werden. Für die Zwecke dieser Übersetzung muß die Realität beständig umgedeutet werden, wie dies auch bei der Arbeit von Richtern, Instruktoren und Beamten anderer Zwangsanstalten der Fall ist. Es muß ein Vergehen gefunden werden, welches der Bestrafung entspricht, und der Charakter des Insassen muß so rekonstruiert werden, daß er dem Vergehen entspricht.

Deshalb wird in psychiatrischen Kliniken die Tatsache, daß jemand ein schwieriger Patient ist – der z. B. nicht arbeitet und sich unhöflich gegen das Personal beträgt –, meist als Beweis dafür gewertet, daß er noch nicht »reif« für die Freiheit ist und einer weiteren Behandlung unterzogen werden muß. Damit will man nicht sagen, daß die Klinik ein dem Patienten feindlicher Ort ist, sondern daß der Patient durch seine Feindschaft ihr gegenüber beweist, daß seine Anwesenheit in ihr berechtigt ist und daß er noch nicht bereit ist, sie zu verlassen.

Wenn ein Patient sich z. B. weigert, mit dem Personal oder seinen Mitpatienten auch nur ein Wort zu reden, so mag das von seinem Standpunkt aus ein zureichender Beweis dafür sein, daß er die Auffassung der Institution darüber, was und wer er ist, ablehnt; das Management jedoch wird diesen Ausdruck der Entfremdung gerade als ein Symptom der Art auslegen, zu deren Behandlung die Institution eingerichtet wurde, und darin den besten Beweis dafür sehen, daß der Patient korrekterweise dorthin gehört, wo er sich befindet. Außerdem liegt hier ein circulus vitiosus vor: wer auf einer »schlechten« Station untergebracht ist, wo ihm vielleicht

jeden Abend die Kleider abgenommen werden, und die Möblierung nur aus hölzernen Stühlen und Bänken besteht, wird feststellen, daß ihm für den Ausdruck seiner Feindseligkeit gegen die Institution nur beschränkte, schlechtgeeignete Mittel zur Verfügung stehen; je weniger diese Ausstattung geeignet ist, die Ablehnung der Klinik auszudrücken, desto mehr erscheint ein solcher Akt als psychotisches Symptom, und desto wahrscheinlicher ist es, daß das Management sich für berechtigt hält, den Patienten auf eine schlechte Station zu legen. Wenn ein Patient nackt und ohne handgreifliche Ausdrucksmöglichkeit eingesperrt ist, bleibt ihm in der Tat nichts anderes übrig, als seine Matratze zu zerreißen oder mit Fäkalien Parolen an die Wand zu schreiben – lauter Akte, die das Management davon überzeugen, daß die Einschließung des Betreffenden gerechtfertigt ist.

Dadurch wird eine systematische Konfusion des Gehorsams anderen gegenüber mit der eigenen individuellen Anpassung bewirkt. Das Ergebnis ist eine entfremdende moralische Knechtschaft, die vielleicht erklären hilft, warum manche Insassen tatsächlich im Geist verwirrt werden.

Aus dem Amerikanischen von Nils Lindquist

Anmerkungen der Redaktion

Autobiographie eines Entkommenen: Dieser Beitrag ist in dem Band »La fabricca della folia«, der bei Einaudi in der Reihe ›Serie politica‹ 1971 erschienen ist, enthalten. Wir danken dem Verlag Einaudi für Vorabdruckgenehmigung.

Erving Goffman, Insassen: Bei diesem Text handelt es sich um Auszüge aus dem bedeutendsten Buch des amerikanischen Soziologen, *Asylum* (1961), das in diesem Herbst endlich auch in deutscher Übersetzung vorliegen wird (*Asyle*, im Suhrkamp Verlag, mit dessen freundlicher Genehmigung der Vorabdruck erfolgt).
Goffmans Kritik der totalen Institution, sein Begriff der ›moralischen Karriere‹ des Geisteskranken, seine Beschreibung des ›Unterlebens‹ der Klinik und ihrer Funktion als pervertierter ›Dienstleistungsbetrieb‹ haben nicht nur mancherlei Reformversuche des letzten Jahrzehnts, sondern gerade auch deren Negierung durch Basaglia, seine Mitarbeiter und Nachfolger stark beeinflußt.

Kursbuch 28 war unter dem Titel »Das Elend der Psychoanalyse« angekündigt. Die Beiträge zu dieser Nummer haben aber den Rahmen eines Heftes und zugleich auch den Rahmen der Themenstellung gesprengt.
Deshalb erscheinen nun zwei Hefte mit erweiterter und modifizierter Thematik. Auf das vorliegende Heft »Das Elend mit der Psyche, I Psychiatrie« folgt Anfang September:

Kursbuch 29
Das Elend mit der Psyche
II Psychoanalyse

Aus dem Inhalt:

Erich Wulff, Psychoanalyse als Herrschaftswissenschaft
Horst Przytulla, Politische Psychoanalyse
Klaus Hartung, Was heißt Klassencharakter der Psychosen
Harald Wieser, J. Beyer, Kapitalmystifikation, Psychoanalyse, Ideologie
Dossier: Auf der Couch
Reimut Reiche, Ödipuskomplex und Primat der Genitalität – Zur Entmythologisierung der Psychoanalyse
Paul Parin, Ein Modell der Ethnopsychoanalyse

Kursbogen: Kurs-Klecks

DIE GROSSE MODERNE GESAMTDARSTELLUNG DER WELTLITERATUR

NEUES HANDBUCH DER LITERATURWISSENSCHAFT

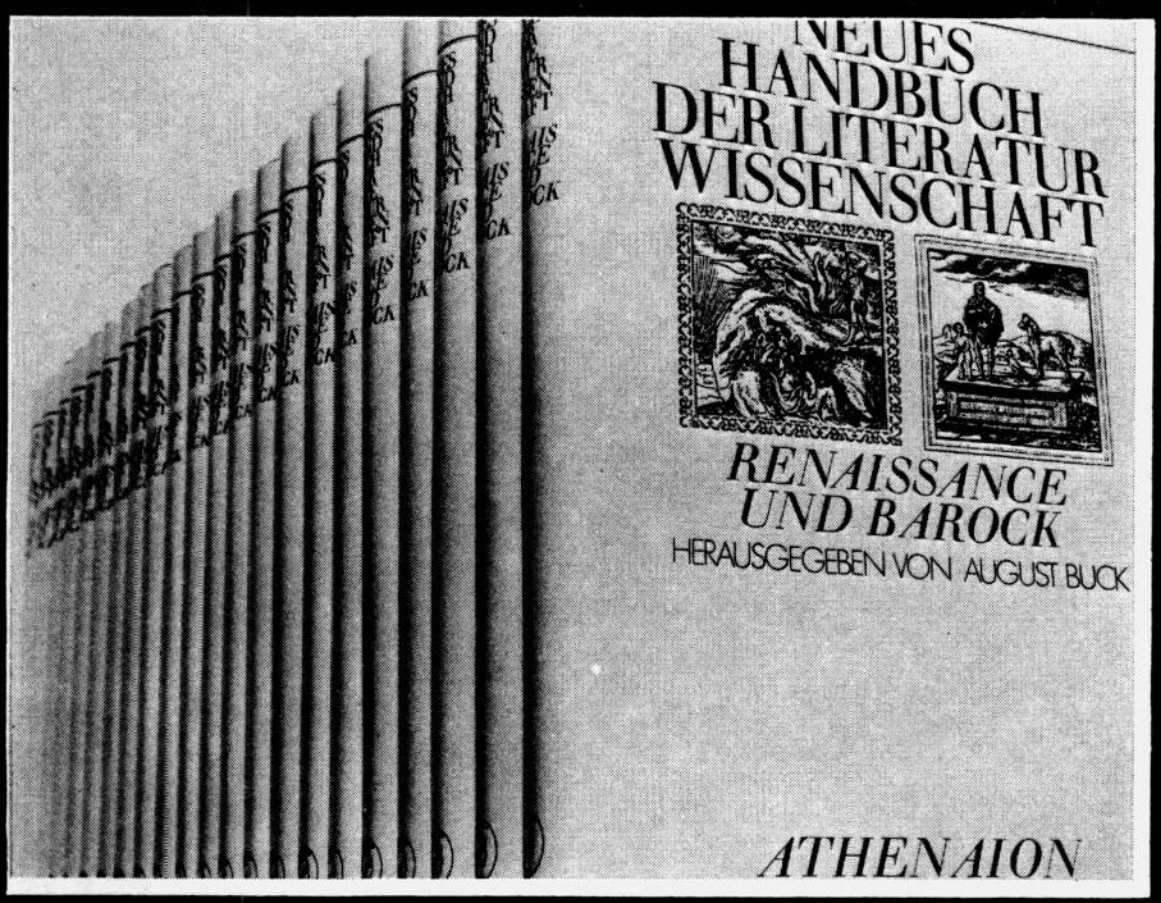
GESAMTHERAUSGEBER KLAUS VON SEE in Verbindung mit den Bandherausgebern Norbert Altenhofer, Helmut Brackert, August Buck, Willi Erzgräber, Hermann Fischer, Manfred Fuhrmann, Walter Hinck, Hans Hinterhäuser, Helmut Kreuzer, Reinhard Lauer, Karl Robert Mandelkow, Herbert Rauter, Wolfgang Röllig, Wolfgang Schmid, Rudolf Sellheim, Ernst Vogt u. a.

22 BÄNDE, mit je etwa 300 Seiten und je etwa 120 Abbildungen, Format 17,5 × 24,5 cm, Leinen mit Schutzumschlag

VORBESTELLPREIS bis zum 31. 10. 1972 DM 52,– je Band, Subskriptionspreis DM 65,– je Band, Einzelladenpreis DM 75,– je Band

Die Bände „Renaissance und Barock" mit Beiträgen von 18 Fachgelehrten erscheinen im Sommer 1972; ab 1973 folgen jährlich mindestens drei weitere Bände

AKADEMISCHE VERLAGSGESELLSCHAFT ATHENAION
6 Frankfurt am Main, Postfach 180149



Vier wichtige Standardwerke

Serge Leclaire
Der psychoanalytische Prozeß

Ein Versuch über die Theorie des Unbewußten
und die Praxis des Buchstäblichen.
176 Seiten. Leinen DM 28,– Fr. 33.–
Serge Leclaire gibt auf kleinem Raum eine Summe erstaunlicher Informationen und Analysen. Sein Buch eignet sich gleichzeitig als Vorschule für die Lektüre von Jacques Lacan, dessen Freud-Interpretation immer wichtiger wird.

Jean Piaget / Bärbel Inhelder
Die Psychologie des Kindes

Aus dem Französischen von Lorenz Häfliger.
164 Seiten. Leinen DM 20,– Fr. 23.–
Das Buch gibt eine Zusammenfassung der experimentalpsychologischen Forschungsergebnisse über die Entwicklung der kindlichen Intelligenz.

Maud Mannoni
Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter

Aus dem Französischen von Katharine Bischoff und Hansjörg Grune.
192 Seiten. Leinen DM 25,– Fr. 29.–
Gestützt auf ihre enorme praktische Erfahrung und die theoretischen Erkenntnisse Jacques Lacans weist Maud Mannoni nach, daß debile Kinder dank der Psychoanalyse sich selbst als Subjekte entdecken und ihren Rückstand aufholen können.

Maurice Dongier
Neurosen

Erscheinungsform und Beispiele aus der psychotherapeutischen Praxis. Aus dem Französischen. Mit einem Verzeichnis medizinischer Fachausdrücke. 204 Seiten. Leinen DM 25,– Fr. 29.–
Die leichtfaßliche, systematische Neurosenlehre enthält ausführliche Beschreibungen von konkreten Fällen und orientiert über alle wichtigen neurotischen Leiden wie Hysterien, Angstneurosen, Phobien, Depressionen, psychosexuelle Störungen, Kinder- und Altersneurosen.

In jeder Buchhandlung

bei Walter

ATHENÄUM -
SOZIALWISSENSCHAFT

*Jürgen Ritsert
Inhaltsanalyse und
Ideologiekritik
Ein Versuch über kritische Sozialforschung
1972, ca.15o Seiten,
Leinen, ca. 19.8o DM

*Rüdiger Lautmann
Justiz-Die stille Gewalt
Teilnehmende Beobachtung und entscheidungssoziologische Analyse
1972, ca. 2oo Seiten,
Leinen, ca. 28.- DM

*Franz Dröge
Einführung in die Medienanalyse der BRD
1972, ca. 15o Seiten,
Leinen, ca. 19.8o DM

*Peter Weingart
Wissenschaftssoziologie I
Reader mit Einleitung und kommentierender Erläuterung, 1972, ca.25o Seiten,
Leinen, ca. 24.- DM

*Manfred Clemenz
Kritische Faschismustheorien I
Reader
1972, ca. 3oo Seiten,
Leinen, ca. 28.- DM

Diese Titel erscheinen auch in der wissenschaftlichen Fischer-Athenäum-Taschenbuchreihe

ATHENÄUM -
LITERATURWISSENSCHAFT

Willy Michel
Marxistische Ästhetik -
Ästhetischer Marxismus
Georg Lukács' Realismus
Gegenwart der Dichtung,
Band 4 (2 Bände)
Band 1,Das Frühwerk.
Erster Teil, 1971,XVI,
251 Seiten, Leinen, 38.-
Band 2, Das Frühwerk.
Zweiter Teil, 1972, ca.
25o Seiten,Leinen,ca.38.-

Viktor Zmegac (Hrsg)
Marxistische Literaturkritik
197o,441 Seiten,Ln. 32.-

Peter Bürger
Der französische
Surrealismus
Zum Problem der avantgardistischen Literatur
Schwerpunkte Romanistik
1971,2o7 Seiten, kart.
12.8o DM

Alfred Estermann
Politische Avantgarde
Dokumentation zum Jungen Deutschland
Herausg. von Alfred Estermann
1972, ca.55o Seiten,
kart., ca. 58.- DM

A T H E N Ä U M V E R L A G G M B H
6000 F R A N K F U R T A M M A I N
F A L K E N S T E I N E R S T R. 7 5 - 7 7

Grundfragen der Literatur-wissenschaft

Herausgeber: Siegfried J. Schmidt, Bielefeld.
Wissenschaftlicher Beirat: Klaus Baumgärtner, Stuttgart – Teun A. van Dijk, Amsterdam – Gunter Gebauer, Karlsruhe – Peter Hartmann, Konstanz – Jens Ihwe, Amsterdam – Wolfgang Iser, Konstanz – Harald Weinrich, Bielefeld
Verlagsredaktion: Annamaria Rucktäschel, München

BAND 4

Das Verhältnis von Linguistik und Literaturwissenschaft ist zwar häufig diskutiert, aber bisher noch nie in erschöpfender Weise behandelt worden. Es fehlte der Versuch, die Frage nach dem Zusammenhang beider Wissenschaften unter allen ihren Aspekten zu beleuchten. Diese längst fällige Diskussion auf breitester Grundlage präsentiert

Jens Ihwe

Linguistik in der Literaturwissenschaft

Zur Entwicklung einer modernen Theorie der Literaturwissenschaft

ca. 464 S., kart., DM 38.–
ISBN 3-7627-2006-1
Erscheinungstermin: Juli 1972

Er arbeitet alle bisherigen Ansätze auf, klärt die linguistischen Voraussetzungen einer so verstandenen Literaturwissenschaft ab und entwickelt einen geeigneten wissenschaftstheoretischen Rahmen für eine solche Literaturwissenschaft.

Weitere Titel aus der Reihe „Grundfragen der Literaturwissenschaft"

Band 1 **Text, Bedeutung, Ästhetik**
S. J. Schmidt (Hrsg.) DM 16.80

Band 2 S. J. Schmidt **Ästhetizität** DM 8.80

Band 3 Gunter Gebauer
Wortgebrauch - Sprachbedeutung DM 9.80

Band 5 S. J. Schmidt **Zur Grundlegung der Literaturwissenschaft** DM 17.80

---

bsv **Bayerischer Schulbuch-Verlag · 8 München 19 · Hubertusstr. 4**

Ideen und Argumente des kritischen Rationalismus in Konfrontation mit Neomarxismus, Parteilichkeit des Denkens und Politisierung der Wissenschaft.

Hans Albert: Konstruktion und Kritik

392 Seiten, Leinen, DM 29,80 / Kartoniert DM 22,-

Im Kontrast zu den heute vorherrschenden philosophischen Strömungen stellt Hans Albert als zentrale Problematik das Überbrückungsproblem heraus, die Frage, wie es möglich ist, die verschiedenen Bereiche unseres Lebens und Denkens – ihre Probleme und Lösungen – füreinander kritisch und konstruktiv fruchtbar zu machen; eine Frage, die für das Verhältnis der Einzelwissenschaften zueinander, aber vor allem für das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis – Technik, Wirtschaft, Recht und Politik – von zentraler Bedeutung ist. Hans Albert ist Ordinarius für Soziologie und Wissenschaftslehre an der Universität Mannheim.

Hoffmann und Campe

Psychoanalytische Interpretationen biblischer Texte

Herausgegeben von Yorick Spiegel. Ca. 280 Seiten. Kart. ca. DM 30.–

Als frühgeschichtlicher Text- und Traditionskomplex ist die Bibel auch höchst aufschlußreiche Artikulation verschiedener Entwicklungsphasen der Menschheit und – in Analogie dazu – des Individuums. Das begründet das Interesse der Psychoanalyse an diesen Texten und weckt zugleich das Interesse der Theologen am Instrument der psychoanalytischen Interpretation. Natürlich liegt in dieser Begegnung der Disziplinen Sprengstoff. Die Frage ist, welchen Gebrauch man davon macht.

Chr. Kaiser Verlag

DAS POLITISCHE BUCH

KATALOG LINKER BÜCHER 1972

-Klassiker des Marxismus/Leninismus
-Weitere bedeutende Führer der Arbeiterbew.
-Wissenschaftlicher Sozialismus
-Politische Ökonomie
-Geschichte der Arbeiterbewegung
-Kampf gegen modernen Revisionismus
-Parteiaufbau
-Soziale Emanzipationsbewegungen
-Kampf zwischen bürgerl. + prol. Kultur
-Bürgerliche Wissenschaften + Kritik
-alle politischen Zeitungen
-Periodika

ca. 3.000 Titel!

erhältlich in allen politischen Buchhandlungen der Bundesrepublik und West-Berlin !

Quartbefte

Tintenfisch 5

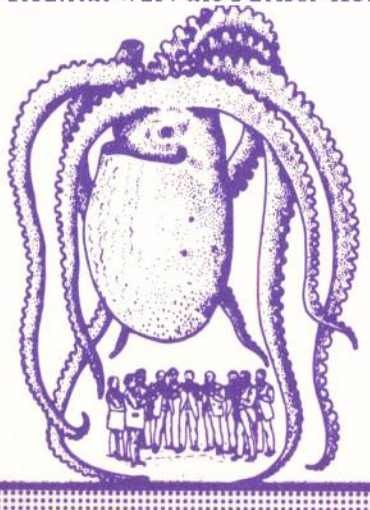
Jahrbuch für Literatur

Hrsg.: Michael Krüger und Klaus Wagenbach. Mit Bibliographie aller Erstausgaben. Quartheft 55. 120 Seiten. DM 5.80

»Tintenfisch 5« versucht, wie stets, wichtige Texte eines Jahres zu sammeln, neue Autoren vorzustellen und, in den »Fußnoten«, politische oder literarische Kommentare nachzutragen. Im Zentrum des neuen »Tintenfisch« stehen zahlreiche längere Texte über den täglichen Wahnsinn:

Der Mörder Calley als das goldene Kalb einer schweigenden Mehrheit (Herbert Marcuse); der letzte Dreck einer sauberen Gesellschaft (Rolf Hochhuth, Helga M. Nowak, Ernst S. Steffen); Blähungen führender Wirtschaftsköpfe (Dieter Kühn, F. C. Delius, Hans Christoph Buch); Gewalt durch Information (Heinrich Böll); Belehrung durch Amtspersonen (Michael Scharang); Schwierigkeiten beim Veröffentlichen der Wirklichkeit hinter Fabrikmauern (Günter Wallraff); Chefallüren (Erika Ruckdäschel).

Walter Kempowski und Peter Rühmkorf berichten über die Jahre 1944 und 1945. Günter Kunert setzt dem eine Collage entgegen über das, was einmal erste demokratische Realität war: die Pariser Kommune.



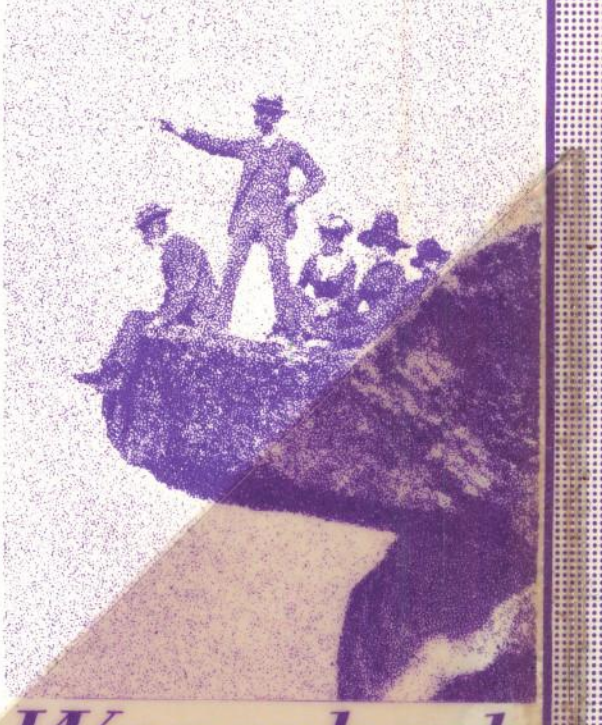
Lombard gibt den Letzten

Theaterstück von Peter Rühmkorf

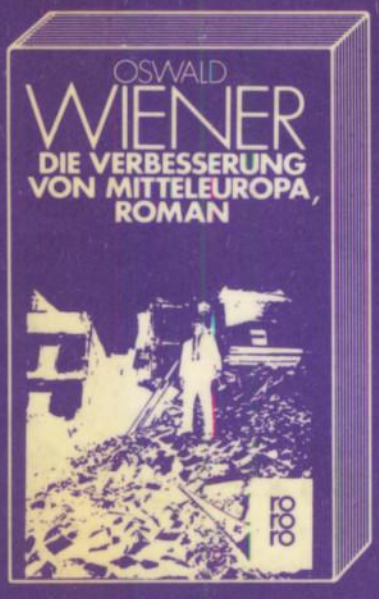
Quartheft 54. 84 Seiten. DM 5.80

Zwei Gastwirte bekämpfen einander im besten bürgerlichen Konkurrenzstil: »Gipfel-Willy« contra »Schneisen-Kurt«. Dazwischen Alfredo, Künstler im Dienst, außerdem einige Kleinstaktionäre, sowie Wilma und Euridyke, die stets Höheres im Sinn haben — Sicherheit. Die Lombardis, Börsen-Equilibristen und Beidhandschützen liquidieren schließlich.

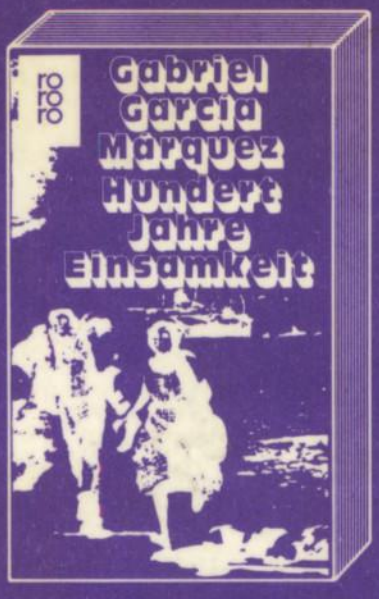
Eine Operette aus dem wilden Westen über die Konjunkturlage des Individuums und die Tauschverhältnisse im kapitalistischen Spektakel.



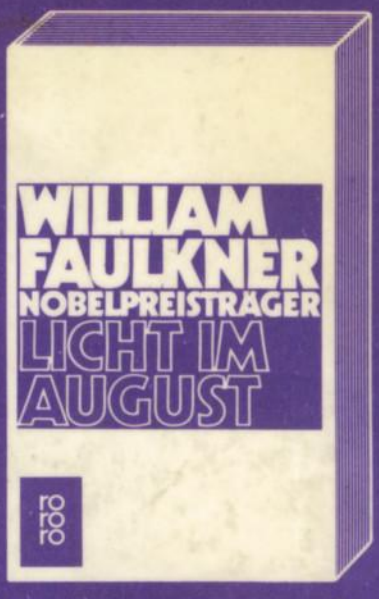
Wagenbach



DM 4,80



DM 4,80



DM 4,80

DM 3,80

DM 3,80

DM 3,80

DM 5,80

DM 6,80